Е. В. Загорная

2018

Основы патопсихологии

Учебное пособие



УДК 616.89
ББК 88.7
З 143

Рецензенты: Благинин А. А. – доктор медицинских и психологических наук, профессор кафедры общей и прикладной психологии Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина.

Исаева Е. Р. – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова.

Загорная, Елена Владимировна
З 143 Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С. Л. Соловьёвой. – М.: Мир науки, 2018.– Режим доступа: http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf – Загл. с экрана.
ISBN 978-5-9500229-1-3

Учебное пособие подготовлено в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для студентов, обучающихся по специальности 37.05.01. Клиническая психология (уровень специалитета).

Материалы, изложенные в учебном пособии, отражают современные клинико-психологические представления о нарушениях психических процессов и структуры личности при различных психических заболеваниях, что позволит студентам овладеть теоретическими основами и принципами патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности человека. Предложенная структура пособия помогает выделить главные аспекты изучаемых тематических разделов, организовать и конкретизировать учебный процесс в контексте компетентностного подхода.

Учебное пособие, предназначенное для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», также будет полезно студентам, обучающимися по направлению подготовки 37.03.01 «Психология» (уровень бакалавриата). Вместе с тем пособие может быть использовано в качестве справочника и источника необходимой информации в процессе решения конкретных профессиональных задач психологами-практиками.

В подготовке материалов тематического раздела «Детская патопсихология» принимала участие старший преподаватель кафедры психофизиологии и клинической психологии Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина Капитанаки В. Е.

ISBN 978-5-9500229-1-3

Содержание



ГЛАВА 1. Методологические основы, предмет и задачи патопсихологии

Одной из общих закономерностей развития научного знания является её преемственность, базирующаяся на достижениях предшествующих поколений. При этом под преемственностью понимается не только наследование научного опыта, но и его критическая переработка. Именно в результате переосмысления накопленного знания и его расширения посредством сбора новых фактов происходит поэтапная трансформация науки.

Так, на стыке XIX—XX веков психологическое знание распространилось на широкий круг аспектов медицины. Причиной тому послужило бурное развитие психологического знания в различных направлениях: психоаналитическая концепция З. Фрейда, результаты экспериментальных исследований в рамках бихевиоральной психологии Дж. Уотсона, гештальтпсихологии М. Вертгеймера, К. Коффки, В. Кёлера, дифференциальной психологии У. Штерна, первые тестовые исследования интеллекта А. Бине и Т. Симона и мн. др.

Дальнейшее развитие психиатрии было уже немыслимо вне союза с экспериментальной психологией. При крупных психиатрических клиниках начали активно открываться психологические лаборатории: в Германии (Э. Крепелин,1879), во Франции (П. Жане, 1890), в России (В.М. Бехтерев (1885), С.С. Корсаков (1886), И.А. Сикорский (1912) и др.). В 1912 году в Германии вышел в свет первый «Патопсихологический журнал». Его основателем и главным редактором стал В. Шпехт, пригласивший к сотрудничеству наиболее прогрессивных учёных европейской медицины и психологии того времени – Г. Мюнстерберга, П. Жане, О. Кюльпе, А. Бергсона, Н. Аха. По мнению В. Шпехта, целью нового научного направления являлось исследование психических расстройств с психологических позиций [183].

Так на стыке двух дисциплин психиатрии и психологии зародилось новое направление – клиническая психология (см. рис. 1).

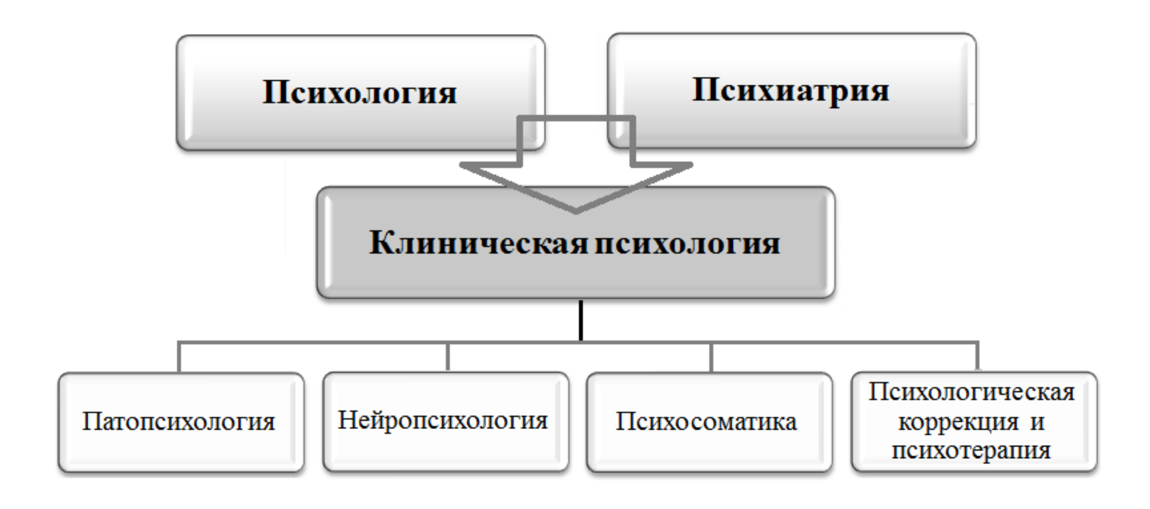


Рис. 1. Патопсихология в системе научного знания

Сам термин «клиническая психология» был введён в 1907 году американским психологом Л. Уитмером, а признание в качестве самостоятельной дисциплины клиническая

психология получила в 1917 году, когда в США была создана специальная психологическая секция, в дальнейшем вошедшая в состав Американской психологической ассоциации (1919). В России новое научное направление в различные периоды называли по-разному: «патологическая психология» (В.М. Бехтерев, 1907), «психопатология» (П.М. Зиновьев, 1912), в более поздний период - «медицинская психология» (в СССР с 1965 года) и только в 2000 году специальность «клиническая психология» была утверждена приказом Министерства образования Российской Федерации.

Таким образом, самого начала становления отечественной патопсихологии возникла путаница, как в определении самого понятия «патопсихология», так и в определении предмета новой дисциплины, о чем более подробно речь пойдёт в параграфе 1.2. Необходимо лишь отметить, что на современном этапе развития науки патопсихология рассматривается в качестве прикладного направления в структуре клинической психологии, а становление и развитие отечественной патопсихологии как самостоятельной отрасли психологического знания считается заслугой Блюмы Вульфовны Зейгарник и Сусанны Яковлевны Рубинштейн.

1.1. История развития отечественной патопсихологии

Как уже было отмечено выше, патопсихология как самостоятельная отрасль психологической науки зародилась в начале прошлого века. Основоположником патопсихологии по праву считается В.М. Бехтерев, в работах которого встречается не только первое упоминание о «патологической психологии» как одной из отраслей объективной психологии, но и подробное представление о её предмете и задачах. Так, в своей работе «Объективная психология» (1907) В.М. Бехтерев отмечает: «...так как предметом изучения психической жизни служат не только лица нормальные, но и душевнобольные, т. е. лица ненормальные, то из психологии естественно выделяется патологическая психология, ведающая изучением ненормальных проявлений психической сферы, поскольку они освещают задачи психологии нормальных лиц» [14].

По мнению В.М. Бехтерева, патологические проявления психической деятельности представляют собой не что иное, как отклонения и видоизменения нормальных проявлений психической деятельности, подчиняющиеся тем же основным законам, что и последние, следовательно, их изучение позволяет наиболее полно раскрыть общие закономерности психической деятельности. В предисловии к книге Г. Штерринга «Психопатология в применении к психологии» (1903) В.М. Бехтерев пишет: «... благодаря более выпуклой картине патологических проявлений душевной деятельности, нередко соотношения между отдельными составными элементами сложных психических процессов выступают много ярче и рельефнее, нежели в нормальном состоянии».[1] Так, на примерах сравнения патологических случаев с нормой ярче высвечиваются особенности элементов сознания личности, особенности её познавательной и аффективной сферы.

Необходимо отметить, что ещё на этапе зарождения нового научного направления, В.М. Бехтерев разделял понятия «психопатология» и «патопсихология», усматривая различие в их методологических принципах построения исследования. Так, в

[1] Штерринг Г.В. Психопатология в применении к психологии. СПб.: т-во "Знание", 1903. С. 7

Психоневрологическом институте, основанном В.М. Бехтеревым в 1908 году, читались курсы общей ***психопатологии*** и ***патологической*** психологии. Целью создания института являлось всестороннее изучение личности и разработка вопросов нормальной и патологической неврологии и психологии. В профессорско-преподавательский состав института вошли прогрессивные и талантливейшие русские учёные: Н.Е. Введенский, В.Л. Комаров, П.Ф. Лесгафт, П.А. Останков, Н.Н. Петров, В.Н. Мясищев, А.А. Ухтомский и другие.

Особое внимание В.М. Бехтерев уделял изучению отклоняющегося поведения личности, об этом свидетельствует организованный им специальный криминологический отдел, в рамках которого проводились исследования генеалогии преступника, изучались особенности его воспитания и условия социальной среды, в которых происходило формирование и становление такой личности.[2]

Именно в Психоневрологическом институте были сформулированы важнейшие принципы патопсихологического исследования, накоплен ценный материал о расстройствах психических процессов, разработаны экспериментально-психологические методики, многие из которых активно применяются клиническими психологами в исследовательской работе на современном этапе (методика сравнения понятий, определения понятий и др.).

Сохранили свою актуальность для современной науки и сформулированные В.М. Бехтеревым и С.Д. Владычко требования к диагностическим методикам:

– ***простота*** (для решения экспериментальных задач испытуемые не должны обладать особыми знаниями, навыками);
– ***портативность*** (возможность исследования непосредственно у постели больного, вне лабораторной обстановки).

Заметную роль в развитии отечественной экспериментальной патопсихологии сыграл ученик и соратник В.М. Бехтерева – А.Ф. Лазурский. Руководитель психологической лабораторией Психоневрологического института, учёный секретарь «Русского общества нормальной и патологической психологии», председателем которого был Бехтерев (1900), Лазурский активно разрабатывал объективные методы изучения нервно-психического развития детей, стремился построить естественно-научное психологическое учение. Впоследствии Л.С. Выготский писал о Лазурском: «он был, несомненно, из тех психологов, которые стояли на пути к превращению психологии в точную науку» [38, с. 64-65].

Одной из первых попыток применения психометрического метода исследования в патопсихологии была предпринята невропатологом Г.И. Россолимо, который акцентировал научное внимание на необходимости клинико-психологического исследования умственных способностей детей как при нормальном развитии, так и при патологическом. В своей работе «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состояниях» (1910) автор предложил тестовую систему обследования психических процессов. Это был первый шаг на пути становления патопсихологии как точной науки, и, несмотря на то, что в дальнейшем его метод показал свою методологическую и практическую несостоятельность, идеи Г.И. Россолимо о тестовом методе исследования интеллекта детей оказали значительное влияние на последующий этап развития патопсихологии в этом направлении.

[2] Подробно об этом см.: Бехтерев В. М. Об экспериментальном психологическом исследовании преступников // Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной. психологии. 1902. № 8. С. 568—670.

Ещё одной значимой работой в методологической копилке патопсихологии является теория отношений В.Н. Мясищева, согласно которой ***личность человека*** *– есть система его взаимоотношений с окружающим миром*. Как представитель бехтеревской школы В.Н.Мясищев работал в области «паторефлексологии», полагая, что психофизиологический метод (преимущественно кожно-гальваническая реакция на эмоционально значимые для испытуемого стимулы) позволяет изучить проблему личностной значимости событий в жизни испытуемых, а также содержание их переживаний, особенно при неврозах. Постепенно научный интерес учёного смещался в область проблематики личности и её изменений при развитии различных форм нервно-психической патологии.

По мнению В.Н. Мясищева, *отношения* являют собой систему индивидуальных, избирательных, осознанных связей личности с различными сторонами объективной действительности. В своём докладе «Проблемы личности в психологии и психопатологии» (1935) автор подчёркивал: «Личность человека рассматривается и характеризуется нами в первую очередь с точки зрения её сознательных отношений к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего её как систему функций» [4, с. 17]. По мнению учёного, психическая болезнь – это «болезнь личности», у которой разрушается сложившаяся система отношений.

Для патопсихологии ценность идей В.Н. Мясищева заключается главным образом в том, что, выделив центральное место в медицине понятию «личность», он развивал теоретическую и методологическую базу для её изучения, в частности, при анализе нарушений психического здоровья как модели исследования и в психотерапевтической коррекции нарушенной системы отношений личности. Многолетний опыт, накопленный В.Н. Мясищевым при исследовании и лечении больных неврозами, позволил ему сформулировать патогенетическую теорию неврозов и на этой основе развить свою систему психотерапии.

Важным вкладом в развитие патопсихологии является концепция физиологии активности, разработанная Н.А. Бернштейном (1947) на основе глубокого теоретического и эмпирического анализа естественных движений человека в норме и патологии. Именно Н.А. Бернштейн, изучавший общие основы биомеханики, первым в мировой науке пришёл к выводу о том, что ключом к познанию закономерностей деятельности мозга является психическая организация движений. В результате глубокого теоретического анализа и экспериментальных исследований физиологии движений человека в норме и патологии автором был сформулирован ряд принципиальных положений о построении любой функции. Основная идея его теории заключалась в том, что мозг, «подав команду» на осуществление какого-либо действия, непрерывно контролирует его выполнение и в случае необходимости немедленно корректирует. Таким образом, любое условно-рефлекторное действие осуществляется по принципу рефлекторного кольца, а не дуги, как считал И.П. Павлов. При этом «сенсорная коррекция» не только обеспечивает связи отдельных звеньев всего процесса действия, но и обуславливает вариативность этих связей, а значит и способов выполнения действия. Н.А. Бернштейн отмечает: «Локализация уровня действий в коре, <…>, и ведущая роль в данном уровне смысловой стороны более или менее сложных манипуляций с предметом – все сообща ведёт к огромному возрастанию в нем приспособительной вариативности. Даже в наиболее привычных, профессиональных, высокоавтоматизированных действиях в двух последовательных одинаковых операциях

кряду не повторяются в точности ни номенклатура последовательных звеньев цепи, ни их порядок, ни число повторений отдельных звеньев. Здесь легко заменяются одни другими не только траектории или исполнительные органы, но и целые звенья цепи, которая реализует данное действие» [13, с. 122].

Идеи Н.А. Бернштейна следует отнести к первым попыткам разработки принципов деятельностного и системного подходов (моделей управления и переработки информации) в отечественной психологии. В частности, более глубокая проработка принципа «сенсорной коррекции» в осуществлении любого действия представлена в теории функциональных систем П.К. Анохина (1955). Согласно этой теории, физиологическую основу психической деятельности составляют не отдельные рефлексы, а их интеграция в систему, обеспечивающую выполнение целенаправленного действия. Такие системы возникают для выполнения определённой задачи, определённой функции и поэтому они называются функциональными.

По мнению П.К. Анохина, в основе любого действия лежит целевой ориентир, благодаря которому запускается механизм обратной связи. Мозг контролирует весь процесс выполнения действия и сигнализирует об успехе и неуспехе на каждом этапе, что позволяет осуществлять саморегуляцию всех сложных форм поведения как животных, так и человека. Этот психологический механизм предвидения и оценки результатов действия П.К. Анохин назвал *акцептором результата действия*. Причём автор считал, что чем выше уровень психики, чем сложнее организация головного мозга, тем более сложным и совершенным становится этот механизм.

Полученные результаты многочисленных экспериментальных исследований позволили П.К. Анохину также сделать вывод о возможности функциональной замены одних кортикальных звеньев другими не только в отношении выполнения сложных поведенческих актов, но и сравнительно простых физиологических функций.

Работы Л.С. Выготского ознаменовали новый этап как в развитии психологии в целом, так и патопсихологии в частности. Изучая развитие и распад высших психических функций на примере сопоставления нормы и патологии развития детей, автор пришёл к выводу, что структура сознания – есть «динамическая смысловая система», интегрирующая познавательные, волевые и аффективные процессы. В своих работах Л.С. Выготский неоднократно указывал на сложную систему взаимосвязей психических и физиологических процессов: «Диалектическая психология <…> не смешивает психические и физиологические процессы, она признает несводимое качественное своеобразие психики, она утверждает только, что психологические процессы едины. Мы приходим, таким образом, к признанию своеобразных психофизиологических единых процессов, представляющих высшие формы поведения человека, которые мы предлагаем называть психологическими процессами, в отличие от психических и по аналогии с тем, что называется физиологическими процессами» [38, с. 137-138].

В этом заключается одна из важнейших идей Л.С. Выготского – психика должна рассматриваться как целостная, единая система. Он подчёркивал: «Мы должны изучать не отдельные, вырванные из единства психические и физиологические процессы, которые при этом становятся совершенно непонятными для нас. Мы должны брать целый процесс, который характеризуется со стороны субъективной и объективной одновременно» (там же, с.137).

По мнению Л.С. Выготского, главное различие между низшими (элементарными) и высшими психическими функциями состоит в уровне произвольности. Элементарные в отличие от высших функций не регулируются сознанием человека, следовательно, сознательная регуляция связана с опосредованным характером высших психических функций. На этом основании автор приходит к выводу о том, что в качестве опосредующего звена, обуславливающего развитие высших психических функций, выступает стимул-знак. Слово является средством произвольного направления внимания человека и произвольного контроля его психической деятельности.

Идея Л.С. Выготского, представленная в рамках культурно-исторической концепции, о социальной детерминации психологического развития личности посредством усвоения опыта в процессе воспитания и обучения, оказала кардинальное влияние на последующее развитие психологической науки в целом. В дальнейшем представителями и последователями школы Л.С. Выготского велась активная разработка вопросов влияния социокультурных процессов на развитие психики как в теоретическом, так и в методологическом аспекте (А.Р. Лурия, Д.А. Эльконин, А.Н. Леонтьев, Б.В. Зейгарник, А.В. Запорожец, П.Я. Гальперин, П.И. Зинченко и др).

Так, один из учеников и последователей идей Л.С. Выготского, основоположник нейропсихологии – А.Р. Лурия разработал объективные методы исследования психической деятельности детей с различными формами умственной отсталости, многие из которых используются в патопсихологии на современном этапе. На примере больных с локальными поражениями мозга им была создана классификация афазических расстройств, описаны механизмы памяти, сформулированы основные принципы динамической локализации психических процессов.

А.Р. Лурия выдвинул и эмпирически обосновал принцип пластичности корковой организации высших психических процессов: «Смена строения высших психических функций на различных этапах онтогенетического (а в некоторых случаях и функционального, связанного с упражнением) развития означает, что и их кортикальная организация не остаётся неизменной и что на разных этапах развития они осуществляются неодинаковыми констелляциями корковых зон» [110, с. 34]. Это позволило учёному сделать вывод о том, что высшие психические функции имеют сложную морфофизиологическую основу в виде многокомпонентных функциональных систем, а потому их локализация характеризуется динамичностью и изменчивостью.

Опираясь на труды Л. С. Выготского, одновременно и независимо друг от друга С.Л. Рубинштейн и А.Н. Леонтьев разработали *теорию деятельности*, согласно которой не сознание определяет деятельность, а деятельность определяет сознание. Взяв за основу данное положение, С.Л. Рубинштейн выдвинул принцип о том, что психика и сознание формируются, развиваются и проявляются только в деятельности, при этом сознание и деятельность образуют единое целое. Познать своё сознание человек может только лишь через систему субъективных отношений, в том числе через деятельность, в процессе которой он развивается.

А.Н. Леонтьев несколько иначе раскрывает базовый тезис теории. По мнению учёного, деятельность – есть особая форма активности человека, представляющая собой единство её extra (внешнего) и intro (внутреннего) проявления. Внутренняя психическая деятельность возникает в процессе интериоризации внешней практической деятельности и

имеет такую же структуру, как и последняя. Из чего следует, что, изучая механизмы внешней деятельности, можно раскрыть закономерности intro-психической деятельности. Данное положение теории А.Н. Леонтьева послужило фундаментальной основой для разработки методологии патопсихологического исследования.

Под руководством Б.В. Зейгарник в конце 50-х – начале 60-х годов XX века разворачивается масштабная экспериментально-исследовательская работа в области патопсихологии. В лаборатории при Институте психиатрии, а также на базе психиатрической больницы им. П.Б. Ганнушкина Зейгарник с сотрудниками лаборатории проводит многочисленные экспериментальные исследования нарушений познавательной деятельности и мотивационной сферы людей с психическими заболеваниями. Полученные эмпирические данные позволили Б.В. Зейгарник создать психологическую систему критериев оценки патопсихологических явлений, выделить ряд важнейших психологических закономерностей патологического развития психики, выделить новое прикладное исследовательское направление – изучение нарушения «личностного компонента» познавательной деятельности, а также разработать специальные экспериментальные приёмы эмпирического исследования.[3]

Многолетний научный труд и накопленный опыт Б.В. Зейгарник легли в основу учебного пособия по патопсихологии (1986), которое и сегодня является востребованным в науке и практике. Экспериментальные исследования, проведённые под её руководством, положили начало многостороннему изучению патопсихологии, идеи Б.В. Зейгарник нашли своё воплощение в научных разработках многочисленных учеников и последователей.

Соратница и единомышленница Б.В. Зейгарник – С.Я. Рубинштейн внесла не менее значимый вклад в развитие и становление патопсихологии. В годы Второй мировой войны,под руководством А.Р. Лурии она изучала особенности выработки навыков трудовой деятельности у больных с различными мозговыми нарушениями, в дальнейшем занималась исследованием слуховых иллюзий и галлюцинаций при различных психических заболеваниях. В лаборатории патопсихологии Московского НИИ психиатрии вместе с Б.В. Зейгарник проводила большую научно-организационную и исследовательскую работу в области патопсихологии, разработала ряд патопсихологических методик для исследования людей с разными психическими заболеваниями, занималась исследованиями в области психологии умственно отсталых детей. Написанная ею книга «Экспериментальные методики патопсихологии» (1970) на протяжении многих лет остаётся востребованной практикующими психологами-клиницистами.

Большое значение для патопсихологии имеет также созданный С.Я. Рубинштейн учебник «Психология умственно отсталого школьника», где автор даёт подробное представление понятия «умственная отсталость», освещает вопросы психологии умственно отсталого ребёнка, знакомит с методами изучения его психики.

Кризис, охвативший Россию в 90-ые годы XX века, эхом отразился на развитии науки в целом. В период перестройки были упразднены многие научно-исследовательские институты (НИИ), экспериментальные центры и лаборатории, многие ведущие учёные страны эмигрировали за рубеж. Была нарушена сама система связи власти и научного сообщества.

[3] Соколова Е.Т. Феномен личности Б.В. Зейгарник (к 100-летию со дня рождения) // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 94–99.

На современном этапе наука вновь «набирает обороты». Значительно увеличилось количество патопсихологических исследований в судебно-психиатрической и трудовой экспериментальной практике. Другая линия исследований направлена на психологический анализ наблюдаемых в психиатрической клинике нарушений личности.

В одном из самых значимых в стране научно-исследовательских центров и клиник – в институте им. В.М. Бехтерева проводится разработка научных основ по организации медицинской помощи (неврологической, психотерапевтической, психиатрической), разработка инновационных методов диагностического исследования и лечения детей, имеющих задержки психического развития, различные психозы, страдающих гиперактивностью и дефицитом внимания.

Активно ведётся работа в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского института психиатрии, научная программа которой направлена на разработку методов психотерапии расстройств аффективного спектра. Коллектив лаборатории проводит тренинги по когнитивной, семейной и групповой психотерапии в рамках постдипломной программы подготовки врачей и психологов.

Бывший Институт психиатрии Академии медицинских наук, а ныне Научный центр психического здоровья Российской Академии медицинских наук (НЦПЗ РАМН) на сегодняшний день является одним из ведущих психиатрических центров в области биологической психиатрии. На его базе проводятся исследования с применением молекулярно-генетических, иммунологических биохимических и биологических методов, разрабатываются новые методы психологической диагностики, профилактики, терапии и реабилитации людей с психическими заболеваниями.

1.2. Предмет, задачи патопсихологии

Задача определения объекта и предмета изучения является основополагающей для любой научной дисциплины. Как уже было отмечено, ещё на этапе становления отечественной патопсихологии возникли трудности. Идеологизация отечественной науки в советский период и своеобразное понимание патопсихологии породило полемику вокруг предмета, задач и цели этой дисциплины. Так, в своей работе «Основы патопсихологии» (1973) Б.В. Зейгарник даёт следующее определение: «Патопсихология, как психологическая дисциплина, исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга». При этом автор многократно подчёркивает, что патопсихология и психопатология имеют принципиальное различие.

В кратком словаре психологических понятий (К.К. Платонов, 1984), даётся следующее определение: «патопсихология – это отрасль клинической (медицинской) психологии, предмет которой – психопатология, а задача – психодиагностика с целью уточнения медицинского диагноза и обоснования лечения, в частности психотерапии и трудотерапии» [138, с. 94].

Нужно отметить, что и на сегодняшний день трактовка термина «патопсихология» неоднозначна.

Так, по мнению А.Б. Холмогоровой, патопсихология – «теоретический раздел клинической психологии, объектом изучения которого являются психические расстройства от лёгких нарушений в виде дезадаптации или предболезни до тяжёлых психических расстройств» [183, с. 57].

И.Ю. Левченко даёт следующее определение: «патопсихология – это отрасль психологической науки, изучающая изменения психической деятельности вследствие психических или соматических заболеваний» [96, с.8].

Патопсихология, по мнению Г.Н. Носачева и Д.В. Романова, это «раздел клинической психологии, изучающий патологическую и сохранную стороны психической деятельности при психических расстройствах с помощью психологических методов (естественно-научного, описательного и экспериментального) для диагностики, дифференциальной диагностики, изучения динамики нарушенных психических функций в процессе лечения и реабилитации, имеющий глобальной целью восстановление психического здоровья и повышение «качества жизни» пациентов» [129, с. 11].

Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко патопсихологию определяют как раздел медицинской психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезнях.

В большом психологическом словаре даётся следующее определение: «Патопсихология – отрасль психологии, изучающая особенности психической деятельности человека при патологических состояниях мозга, связанных с психическими или соматическими заболеваниями» [21].

Подобная трактовка представлена в работе ряда авторов (Е.А. Орловой, Р.В. Козьякова, Н.С. Козьяковой): «Патопсихология – отрасль психологии, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой, связанных с психическими, соматическими или экстремальными нагрузками на психику» [96; 132].

Как можно заметить, в последних двух определениях акцентируется внимание на патологических состояниях мозга (что в большей мере характеризует нейропсихологию), при этом упускается из вида категория патологий социального генеза, а потому данные определения не могут быть рассмотрены как достаточные.

Таким образом, не только на заре своего становления, но и на современном этапе понятие «патопсихология» не имеет достаточной или в полной мере удовлетворительной дефиниции, вследствие чего многими не понимается разница между понятиями «патопсихология» и «психопатология». Причиной тому служит общая направленность данных дисциплин на один и тот же ***объект исследования*** – *расстройства психики*. Вместе с тем его рассматривают с разных позиций, патопсихология – с психологической, а психопатология – с медицинской.

По этому поводу Б.Д. Карвасарский пишет: «Суммируя ряд высказываний наших ведущих психиатров и патопсихологов, различие между психопатологией и патопсихологией можно видеть в том, что первая, будучи клинической дисциплиной, оперирует медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром) и общепсихопатологическими критериями (возникновение, исход, прогноз болезни),

основываясь при этом главным образом на клиническом методе, в то время как патопсихология изучает закономерности нарушений психической деятельности, пользуясь в основном своими, психологическими, методами и в своих понятиях» [69, с. 157].

Опираясь на такое понимание, можно схематично представить различие патопсихологии и психопатологии (см. рис. 2).

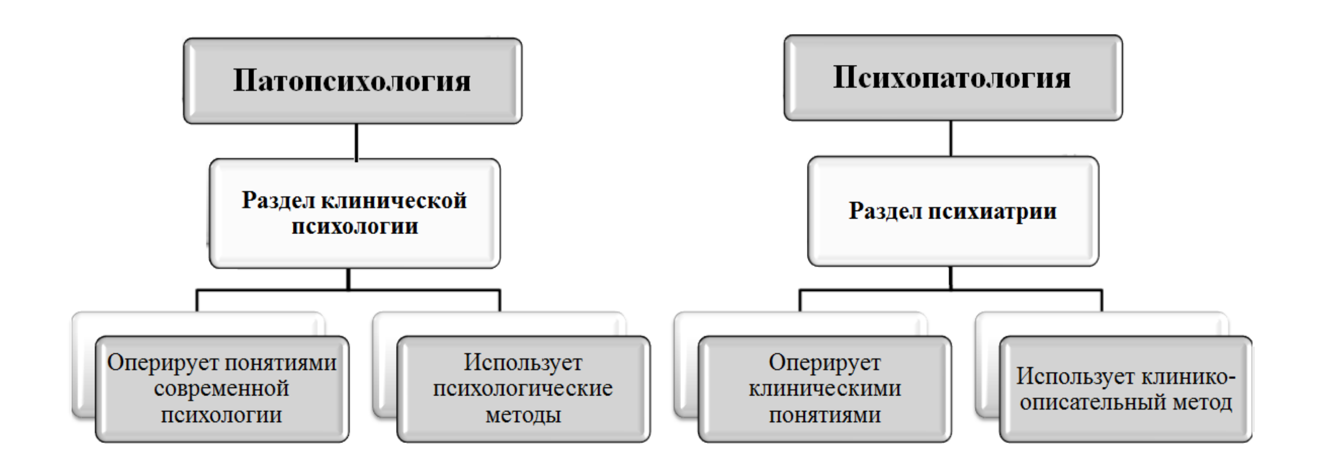


Рис. 2. Различия патопсихологии и психопатологии (по Б.Д. Карвасарскому)

По мнению Б.Д. Карвасарского, клиническая психопатология направлена на исследование, выявление, описание и систематизацию клинических проявлений нарушений психики. Тогда как патопсихология «вскрывает психологическими методами характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике расстройствам» [69, с.230].

Такое понимание патопсихологии позволяет сформулировать её определение следующим образом:

***Патопсихология** – прикладная отрасль клинической психологии, изучающая расстройства психики (процессов, состояний, свойств) на основе и посредством психологической методологии.*

Направленность патопсихологии и психопатологии на один и тот же объект не могла не породить проблему с определением предмета данных дисциплин. При всем многообразии формулировок современными авторами, вслед за Б.В. Зейгарник, подчёркивается одна его отличительная особенность – *сопоставление патологии с нормой*. Так, И.Ю. Левченко предмет патопсихологии определяет как «закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме». В работе московских авторов Е.А. Орловой, Р.В. Козьякова, Н.С. Козьяковой предметом патопсихологии является «изменение психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой» [132, с. 10].

Однако заметим, что сопоставление патологии с нормой не является преимуществом патопсихологии, о чем ранее писал в своей работе Б.Д. Карвасарский (1982): «Трудно себе представить в любой области медицины, в том числе в психиатрии, изучение патологических расстройств без обращения к норме».



По мнению ряда авторов (В.М. Блейхер, И.В. Крук, Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова), патопсихология изучает нарушения психики как «психологические феномены», что позволяет вскрыть «специфику психики», проявляющуюся в динамике и в определённых условиях.

Обобщая все вышесказанное, можно дать следующее определение:

Предмет патопсихологии *– специфика нарушений психической деятельности и структуры личности при различных психических заболеваниях.*

В своей работе А.Б. Холмогорова приводит ряд психологических моделей или представлений о движущих силах развития и механизмах психической патологии [183, с. 316]:

- недоразвитие или утрата культурных способов организации психики (осознанности и опосредованности высших психических функций) (Л.С. Выготский);
- преимущественное нарушение одного из аспектов психической деятельности (Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков);
- утрата иерархии мотивов, обеднение или искажение мотивационной сферы, ведущее к сужению связей человека с миром, вплоть до формирования примитивной однопиковой организации (Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь);
- преимущественное нарушение одного из трёх уровней здоровья – психофизиологического, индивидуально-психологического, ценностно-смыслового (Б.С. Братусь);
- нарушение рефлексивной и смысловой регуляции психической деятельности (Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева, А.Б. Холмогорова);
- дефицитарность когнитивных структур и личностной идентичности как следствие нарушенных детско-родительских отношений (Е.Т. Соколова);
- дефицит психической активности, выражающийся в нарушениях процесса целеполагания и эмоционального регулирования (Н.С. Курек);
- трансформация дисфункциональных культурных и семейных отношений, способов коммуникаций, норм и ценностей в личностную когнитивную уязвимость к болезни (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян).

С выходом книги Л. Пожара «Патопсихология - психология аномальных детей», возникла также проблема отождествления понятий «патопсихология» и «специальная психология». Как отмечает И.Ю. Левченко (2000), автор не только подменяет понятия, но и смешивает предметы специальной психологии и патопсихологии. Отметим, что согласно определению, представленному в энциклопедическом словаре: «специальная психология – изучает проблемы развития людей с физическими и психическими недостатками, определяющими их потребность в особых условиях обучения и воспитания» [134]. В настоящее время для обозначения этих групп детей используется термин «дети с ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ). Другими словами, специальная психология имеет узкую направленность и определённые задачи, главными из которых являются: определение возможностей обучения детей с нарушениями развития, создание специальных образовательных условий, разработка методов изучения различных категорий детей с ОВЗ.

В сферу интересов патопсихологии, как отмечает Н.Л. Белопольская, входит решение следующих задач [10]:

1. *Диагностическая* – выявление и оценка психических нарушений с помощью патопсихологических методов.

2. *Коррекционная* – проведение психотерапевтической работы с взрослыми больными и коррекционно-развивающей работы в области детской патопсихологии. Первая и вторая задачи часто решаются в рамках консультативной практики.

3. *Исследовательская* – получение новых научных данных и теоретических обобщений, важных как для патопсихологии, так и для психологии в целом.

4. *Профилактическая* – проведение превентивных мероприятий, создающих положительную атмосферу в рабочем коллективе, в семье и в обществе, а также проведение пропаганды и популяризации патопсихологических знаний о здоровом образе жизни.

Несколько иные практические задачи патопсихологии обозначает Б.Д. Карвасарский (см. рис. 3).

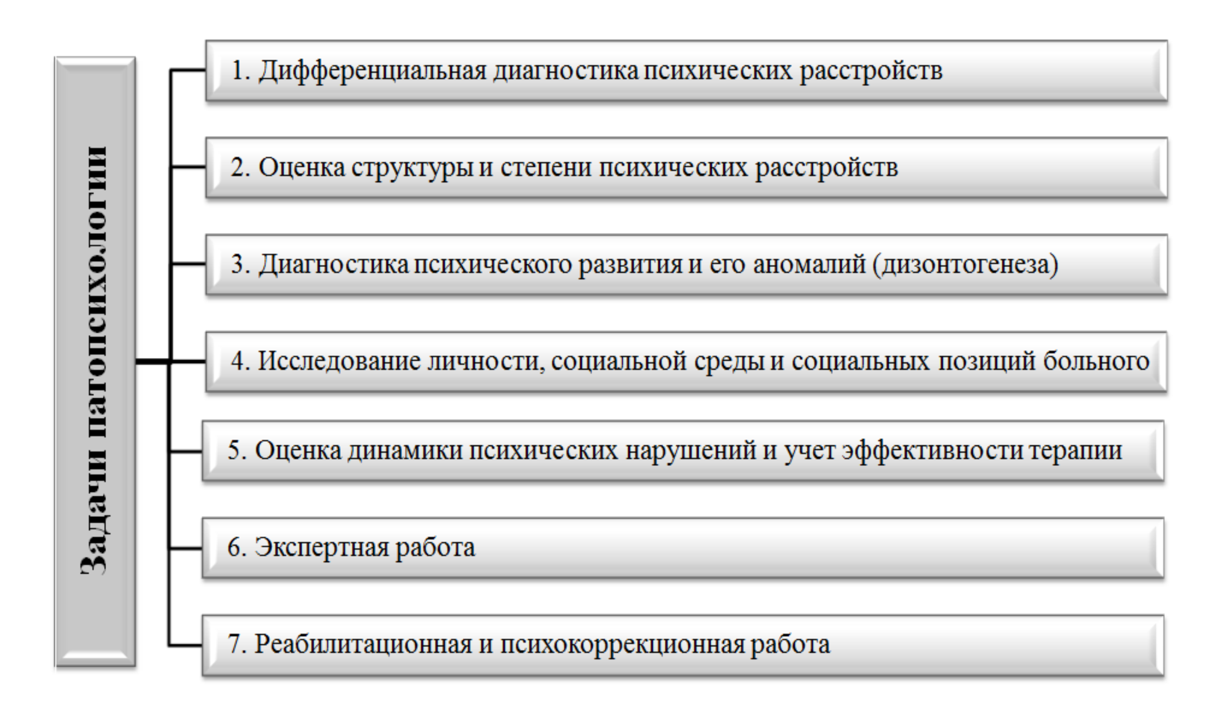


Рис.3. Задачи патопсихологии (по Б.Д. Карвасарскому)

Рассмотрим каждую задачу подробно.

Первая задача – дифференциальная диагностика психических расстройств. Патопсихологическое исследование выступает в качестве источника дополнительной информации для уточнения нозологического диагноза в случаях атипичной, стёртой (с маловыраженной симптоматикой) картины различных психических заболеваний, проявляющейся на начальных стадиях или в период ремиссии. Так, необходимость в дифференциальной диагностике обнаруживается при проявлении первых симптомов вялотекущих форм шизофрении, при распознавании стёртых или «маскированных» депрессий, диссимулируемых бредовых переживаний и некоторых форм патологии старческого возраста.

Вторая задача – оценка структуры и степени психических расстройств. Решение данной задачи заключается в исследовании характера и выраженности нарушений отдельных психических процессов, а также в изучении компенсаторных возможностей их

восстановления с учётом психологических особенностей того или иного вида деятельности. Необходимость такой оценки возникает при квалификации состояния больного и установлении функционального диагноза, при определении путей трудового приспособления и социального восстановления больного, при проведении психокоррекционных, реабилитационных и профориентационных мероприятий.

Третья задача – диагностика психического развития и его аномалий (дизонтогенеза). Эта задача направлена на выявление степени и структуры различных форм дизонтогенеза, определение путей общеобразовательного и трудового обучения детей с нарушениями развития, разработку коррекционных мероприятий, программ и рекомендаций для педагогов и родителей.

Четвертая задача – исследование личности, социальной среды и социальных позиций больного включает в себя сбор данных для функционального диагноза. «Функциональный диагноз, представляющий синтез клинической и психологической оценки больного в реальных условиях жизни и деятельности, выражает динамическую характеристику состояния индивида и его связи с социальной средой и отражает степень, способ и основные тенденции компенсации нервно-психических расстройств» [69, с. 234]. В процессе исследования личностных особенностей основное внимание уделяется изучению системы взаимоотношений больного с окружающим миром, его установкам и социальным позициям. При постановке функционального диагноза, прежде всего, учитываются компенсаторные механизмы психики, которые могут быть использованы для социальной и профессиональной адаптации больных.

Пятая задача – оценка динамики психических нарушений и учёт эффективности терапии, ориентирована на лонгитюдный подход исследования психических нарушений, позволяющий отследить динамику изменений психики в процессе психотерапевтического воздействия и оценить степень эффективности этого процесса. Также данная задача может быть актуальна на этапе постановки функционального диагноза при отсутствии чётких клинических критериев, при необходимости более глубокого суждения о динамике отдельных психических процессов и состояний, а также для прицельной оценки фармакодинамических эффектов и оценки эффективности реабилитационных методов.

Шестая задача – участие в экспертной работе. Решение данной задачи заключается в проведении психодиагностического обследования и в составлении экспертного заключения в отношении определённого объекта и направления экспертизы (врачебно-трудовой, военно-врачебной, медико-педагогической, судебно-психиатрической). В зависимости от вида экспертизы и содержания, поставленных перед экспертом вопросов, психологическое обследование подчиняется тем или иным специальным задачам.

Седьмая задача – реабилитационная и психокоррекционная работа. Эта задача направлена на участие в системе комплексных психотерапевтических мероприятий, целью которых является оценка психологических факторов окружения больного, укрепление его личностного и социального статуса, оптимизация внешних условий для его адаптации, а также предотвращение инвалидизации.

Практическая направленность патопсихологии подразумевает использование широкого диапазона как психокоррекционных, так и психотерапевтических методов и средств. Так, клинический психолог участвует в психокоррекционной и психотерапевтической работе с ближайшим окружением больного (семейное

консультирование, семейная психотерапия), в разработке программ психокоррекционных мероприятий с учётом специфики болезни и социальной ситуации её развития, а также с учётом компенсаторных возможностей больного.

Психодиагностические методики являются инструментарием клинического психолога, грамотное и адекватное применение которых позволяет решить вышепредставленные задачи патопсихологии. В ключевые (профессиональные) компетенции клинического психолога входят не только знания и умения применять диагностические методики, но и разработка нового диагностического инструментария.

1.3. Междисциплинарные связи патопсихологии и перспективы развития

Патопсихология, как и любая научная дисциплина, развивается в тесном взаимодействии с другими науками и под их влиянием. Она связана с рядом психологических и медицинских дисциплин, ближайший круг которых представлен на рисунке 4.



Рис. 4. Взаимосвязи патопсихологии с другими дисциплинами

Как уже было сказано ранее, патопсихология развивается в качестве прикладной отрасли клинической психологии, следовательно, тесное взаимодействие этих дисциплин предопределено общей направленностью и задачами.

В рамках общей научной платформы патопсихология взаимодействует с нейропсихологией и психосоматикой. Точкой соприкосновения интересов патопсихологии и нейропсихологии является изучение нарушений высших психических функций вследствие органических повреждений мозга, а также изучение механизмов их восстановления.

Психосоматика изучает структуру средовых (внешних) и личностных факторов (внутренних), причинно-обуславливающих формирование и развитие соматических расстройств, что также затрагивает интересы патопсихологии в направлении изучения личностных особенностей, характера отношений больного с социальной средой, его установок и социальных позиций.

Патопсихология, рассматривая нарушения психики, опирается на методологию и оперирует понятиями общей психологии, при этом учитываются закономерности возрастной динамики психического развития, которые составляют сферу научного познания возрастной психологии.

Проблематика дизонтогенеза объединяет интересы патопсихологии и специальной психологии к структуре интеллектуального дефекта у детей и его детерминации (олигофренопсихология). Объединяющим аспектом также является поиск путей коррекции интеллектуальной и эмоциональной сферы детей с различными патологиями развития.

Связь патопсихологии, психиатрии и психопатологии, как уже упоминалось, обусловлена их общей направленностью на один и тот же объект – расстройства психики, исследование которого с разных позиций (психологической и медицинской) расширяют феноменологию клинических проявлений болезни, тем самым обогащают науку в целом.

Описанные междисциплинарные связи представляют собой лишь ближний круг наиболее тесного взаимодействия патопсихологии с другими дисциплинами. На практике их гораздо больше. Так, в задачи патопсихологии входит проведение разнонаправленной экспертной работы (врачебно-трудовой, военно-врачебной, медико-педагогической, судебно-психиатрической), вследствие этого возникает необходимость взаимодействия патопсихологии с юридической психологией, психологией труда, социальной психологией, педагогикой и рядом других дисциплин.

Патопсихология, обладающая богатейшим опытом и весомым арсеналом собственных методов, имеет большое практическое значение для диагностики психических нарушений. Методики экспериментальной патопсихологии применяются не только в неврологии и психиатрии, но и в других областях медицины. Так, периодически возникает необходимость в регистрации динамики психологического состояния больного (изменение параметров внимания, колебания темпа работоспособности и утомляемости и мн. др.)

Следует выделить ряд теоретических проблем патопсихологии, имеющих интегративное значение для психологии и психиатрии:

- ✓ изучение структуры и динамики нарушений познавательной, эмоционально-волевой и личностной сферы при различных психических расстройствах, а также изучение компенсаторных механизмов их восстановления;
- ✓ изучение соотношения первичного и вторичного в структуре дефекта как предиктора дизонтогенеза;
- ✓ изучение роли личностных и средовых факторов в формировании патологической симптоматики больных с разными психическими расстройствами;
- ✓ изучение психологических механизмов формирования сложных психопатологических синдромов, в том числе влияния индивидуального опыта и личности больного на содержание и динамику этих синдромов;
- ✓ проблема соотношения распада и развития психики.

Перспективные направления развития патопсихологии были намечены рядом авторов. В своей работе Б.В. Зейгарник (1986) отмечала, что перспективы патопсихологии она видит, прежде всего, в системном подходе к исследованию больных с психическими нарушениями. По мнению Ю.Ф. Полякова (1974), перспективным направлением в патопсихологии является разработка патопсихологических синдромов, в основе которой лежит выявление и изучение нарушенных факторов в структуре психической деятельности.

О перспективах развития патопсихологии как прикладной отрасли клинической психологи писал и Б.Д. Карвасарский, который видел их в развитии психолого-педагогической реабилитации и коррекции, а также в изучении патопсихологических синдромов, которые, по мнению учёного, играет существенную роль в нозологической и функциональной диагностике.

Контрольные вопросы

1. Что вы знаете об истории становления патопсихологии?
2. Кто является основоположником патопсихологии?
3. Какие требования к диагностическим методикам были сформулированы В.М. Бехтеревым?
4. Какие ключевые положения концепции Л.С. Выготского легли в основу развития патопсихологии?
5. В чем заключается ценность идей В.Н. Мясищева для патопсихологии?
6. Кто активно разрабатывал экспериментальные методы патопсихологии?
7. В чем заключается объект и предмет патопсихологии?
8. Укажите основные отличия патопсихологии от психопатологии.
9. Какова роль патопсихологии в клинической практике?
10. С какими научными дисциплинами тесно взаимодействует патопсихология?

Рекомендуемая литература

1. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии. Под ред. А.Р. Лурии, М.Г. Ярошевского. М.: Педагогика, 1982.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
3. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2004.
4. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: учебное пособие для вузов. М.: Академия, 2000.
5. Лурия, А. Р. Лекции по общей психологии. СПб.: Питер, 2006.
6. Патопсихология: учебник / Е. А. Орлова, Р. В. Козьяков, Н. С. Козьякова. М. : Издательство Юрайт, 2011.
7. Патопсихология: Хрестоматия. Сост. Н.Л. Белопольская. М.: Когито-Центр, 2000.
8. Репина, Н.В. Основы клинической психологии / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова. Ростов н/Д: Феникс, 2003.
9. Соколова, Е.Т. Феномен личности Б.В. Зейгарник (к 100-летию со дня рождения) // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 94–99.

10. Холмогорова, А.Б. Клиническая психология. В 4 т. Т. 1. Общая патопсихология. М.: Академия, 2010.

ГЛАВА 2. Патопсихологическое исследование: основные методы и принципы

В современной клинической психологии можно выделить ***два вида*** экспериментально-патопсихологических исследований.

Первый вид направлен на решение научно-теоретических задач. Характерной чертой такого исследования является акцентирование внимания на каком-либо одном психическом процессе, изучаемом в специально созданных условиях. Например, такое исследование актуально при изучении психологических особенностей нарушений памяти при эпилепсии, различных аспектов мыслительной деятельности при бредовых состояниях и т. п. Как правило, в этих случаях изучаются однородные и репрезентативные группы больных, отобранных в соответствии с целью и задачами исследования.

Второй вид экспериментально-патопсихологических исследований имеет клинико-практическую направленность, целью которой является диагностическая или экспертная оценка. Предметом такого исследования выступает не прицельное изучение отдельного нарушения психической деятельности, а комплексная оценка всей психики как целостной системы. По мнению Б.В. Зейгарник, именно в таком подходе выражается специфика патопсихологического эксперимента, так как квалификация любого психического расстройства требует тщательного изучения условий, причин его развития и выявления механизмов симптомообразования.

Также отличительной чертой этих двух видов патопсихологических исследований является их продолжительность. Теоретически-направленное исследование предполагает многочисленную серию опытов, что обуславливает его протяжённость во времени, к примеру, при проведении лонгитюдного исследования могут потребоваться годы. Практически-направленный эксперимент включает в себя два-три сеанса с продолжительностью не более часа. Особенно ограничена продолжительность исследования больных с органическими поражениями головного мозга, для которых характерна повышенная психическая истощаемость.

Основополагающим методом патопсихологии является эксперимент, а в качестве дополнительных методов используются: наблюдение, беседа, анализ истории жизни испытуемого (анамнез), анализ продуктов деятельности и т.д. Благодаря эксперименту, отмечает С.Я. Рубинштейн, «причина явления отделяется от условий, в которых оно развивается, становятся известными условия, усиливающие, ослабляющие либо уничтожающие данное явление. Таким образом, становится возможным познание причин и закономерностей развития и исчезновения явления, т. е. его сущности» [158, с.15].

Подбор диагностических методик и вся программа исследования зависят от клинической задачи, которая стоит перед психологом в каждом отдельном случае (научно-теоретическая, диагностическая, экспертная, психокоррекционная и др.). Также при выборе методик необходимо учитывать образовательный уровень больного, его индивидуальные особенности, психическое состояние и отношение к исследованию.

2.1. Специфика патопсихологического эксперимента

По своей сути любой ***эксперимент*** *– есть искусственная манипуляция условиями с целью определения отношений между наблюдаемым явлением и условиями его проявления***.** Эксперимент позволяет попеременно исключать отдельные факторы с целью установления закономерных связей и предполагает многократное повторение наблюдения, а также объективную регистрацию данных.

Экспериментальные задания строятся по принципу клинических функциональных проб. По мнению С.Я. Рубинштейн, дозированная интеллектуальная нагрузка является, по своей сути, адекватной функциональной пробой, отражающей функциональность психической деятельности головного мозга, а потому экспериментальные задания представляют собой различные модели обычной когнитивной деятельности [158, с.27].

Специфика патопсихологического эксперимента, отмечают В.М. Блейхер и И.В. Крук, заключается в «вызывании психических процессов в строго определённых условиях, учитываемых исследователем, и возможность изменения течения этих процессов по заранее намеченному плану» [17].

В своей работе С.Я. Рубинштейн (1965) выделяет три способа видоизменения условий, посредством которых можно спровоцировать уменьшение либо увеличение психопатологических изменений, присущих испытуемому.

Первый способ *– изменение условий эксперимента.* Процедура эксперимента и регистрация наблюдаемого явления проводится либо в условиях абсолютной тишины, либо, согласно цели исследования, в условиях специально создаваемых помех – шума или словесных раздражителей.

Второй способ *– специальное варьирование деятельностью испытуемого*. Пациенту предлагается выполнить различные по содержанию задания, к примеру, для исследования особенностей мыслительной деятельности выполнить методику «Исключение лишнего», для изучения состояния памяти заучивать какую-либо информацию. Варьируется либо характер предлагаемой больному деятельности, либо уровень трудности заданий.

Третий способ *– фармакологическое воздействие***.** Процедура эксперимента заключается в искусственном варьировании состояния пациента путём применения специальных средств (фармакологических препаратов), при этом изменение показателей психической деятельности больного регистрируется при каждом применении отдельного лекарственного препарата.

В силу того, что психолог проводит обследование человека, страдающего психическим заболеванием, сама процедура эксперимента предполагает учёт *отношения* больного к ситуации, что в свою очередь отражается как на продолжительности эксперимента, так и на алгоритме самой процедуры. Позиция психолога в ходе эксперимента должна быть гибкой, при условии неадекватного отношения больного к процедуре психологического исследования психолог должен существенно менять свою тактику, использовать другие, заранее подготовленные методики и т. п. Из всего этого следует, что организация проведения патопсихологического эксперимента требует значительной предварительной проработки, которая предполагает:

– ***прогноз*** отношения и реакции больного как на отдельные стимульные средства, так и на саму процедуру исследования;

– ***учёт*** взаимосвязи внешних факторов, влияющих на ход и результат психической деятельности больного;
– ***наличие*** дополнительных – альтернативных методов и средств, необходимых в случае непредвиденных ситуаций в ходе эксперимента.

Результаты патопсихологического эксперимента имеют большое значение для подбора методик психотерапии. Эксперимент позволяет выявить определённые личностные характеристики больного (например, гипнабельность, конформность или нонконформность, эмоциональную лабильность и др.), его интеллектуальный уровень, что является немаловажным для определения стратегии дальнейшей коррекционной работы. Другими словами, при изучении динамики изменений психической деятельности пациента, патопсихологический эксперимент становится частью психотерапевтического процесса.

Психотерапевтическая направленность патопсихологического эксперимента также обнаруживается в процессе его проведения, когда психолог показывает больному выявленную у него сохранность психических функций, которые последний считает грубо нарушенными, и нарочито подчёркивает наличие ресурсов для противостояния болезни и инвалидизации (В.М. Блейхер, Л.И. Завилянская, 1979) [146]. В подобных случаях патопсихологический эксперимент может быть использован с целью изменения самооценки состояния пациента как его субъективного прогноза. Демонстрация обнаруженных в эксперименте положительных показателей психической деятельности позволяет выработать у больного оптимистическую позицию на дальнейшее лечение.

2.2. Принципы построения патопсихологического эксперимента

Патопсихологический эксперимент является центральным звеном патопсихологического исследования, он направлен на создание условий, выявляющих характерные особенности психической деятельности больного человека.

Опираясь на многолетний практический опыт, Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн сформулировали ряд принципиальных положений, выступающих в качестве методологической основы проведения патопсихологических экспериментов (см. рис.5).



Рис.5. Основные принципы построения патопсихологического эксперимента (по С.Я. Рубинштейн и Б.В. Зейгарник)

Рассмотрим каждое положение подробно.

1) Системный качественный анализ психической деятельности. В основу данного положения легли идеи Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева о социальной детерминации формирования высших психических функций в процессе деятельности и о личности как психологическом феномене. Б.В. Зейгарник отмечает: «Патопсихологический эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов, а на исследование человека, совершающего реальную деятельность. Он направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности её восстановления» (Б.В. Зейгарник, 1986). Так, при исследовании нарушений познавательных процессов посредством экспериментальных приёмов и методов клинический психолог должен не только выявить механизмы распада мыслительных операций больного, сформированных в процессе его жизнедеятельности, но и выявить все аспекты преморбидного фона развития патологии, определить индивидуальные психологические особенности больного.

2) Направленность как на нарушенные, так и на сохранные стороны психической деятельности. Построение патопсихологического эксперимента должно быть организовано таким образом, чтобы была возможность обнаружить не только структуру изменённых, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Данный принцип основывается на концептуальной позиции А.Р. Лурии относительно системного характера высших психических функций и пластичности головного мозга, обуславливающей возможность восстановления нарушенных звеньев функции. Многочисленные исследования (А. Р. Лурия, А.Н. Леонтьев, С.Я. Рубинштейн, А.В. Запорожец, Л.В. Занков, Э.С. Бейн и мн. др.) показали, что успешность восстановления нарушенных функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности [110;185].

3) Учёт личностного отношения больного к ситуации эксперимента. Отношение больного к процедуре исследования является важным фактором в соблюдении «чистоты» эксперимента, заключающейся в максимально возможном устранении различных помех и получении точных данных. Клинический психолог должен не только выявить, но и уметь нивелировать негативное отношение больного. Конечно, не всегда можно спрогнозировать реакцию больного на проведение опыта (например, при бредовом отношении, возбуждении или заторможенности), в таких случаях требуется экстренная перестройка и использование заранее подготовленных альтернативных методов.

4) Недопустимость пристрастного и жёсткого подхода психолога к пациенту. Патопсихологический эксперимент является по существу взаимной деятельностью, взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Как отмечает Б.В. Зейгарник, построение патопсихологического эксперимента не может быть жёстким. «Как бы жестка ни была инструкция, часто взгляд экспериментатора, его мимика могут изменить ситуацию эксперимента, отношение больного», следовательно, могут бессознательно изменяться его действия, его установки и мотивация.

5) Моделирование обычной психической деятельности. Данный принцип заключается в моделировании какой-либо психической деятельности, при которой целевая направленность эксперимента остаётся скрытой для испытуемого. Под косвенным предлогом его побуждают к выполнению заданий в искусственно созданных условиях, что достигается

посредством изменённой установки. Например, цель исследования – содержание и связность свободных ассоциаций, но испытуемого спрашивают – может ли он быстро говорить, и предлагают «на скорость», как можно быстрее назвать определённое количество различных слов. Либо под предлогом проверить, хорошая ли у пациента образная память, ему предлагается стимульный материал методики «Пиктограммы», диагностическая направленность которой как особенности памяти, так и мышления. Модель эксперимента должна быть так представлена, отмечает С.Я. Рубинштейн, чтобы его «суть, или сердцевина, исследуемого психического процесса не зависела от намерений больного, была от него во многих случаях скрыта» [158, с. 26].

6) Точность регистрации данных и объективность их интерпретации. Эксперимент требует точной и объективной регистрации данных. При модификации конкретных методических приёмов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с пациентом или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных. Результаты патопсихологического эксперимента в обязательном порядке и максимально точно регистрируются в протоколе исследования. В протоколах отмечают особенности поведения испытуемого, понимание им инструкций, особенности выполнения задания. Полученные данные проверяются в повторных опытах с применением альтернативных методик, что позволяет повысить объективность результатов.

2.3. Основные требования к содержанию и проведению патопсихологического исследования

Патопсихологическое исследование, как и любое другое научное исследование, проводится в несколько этапов. Содержание отдельных компонентов исследования должно быть наполнено в соответствии с практическим запросом и может варьировать в пределах этого запроса, но общая схема и соблюдение последовательности этапов и шагов непреложно.

Как можно видеть на рисунке 6, общий план патопсихологического исследования включает в себя три этапа: подготовительный, основной и заключительный.



Рис. 6. Основные этапы патопсихологического исследования

1. Подготовительный этап. На данном этапе, в зависимости от поставленной практической задачи (запроса), формулируется проблема исследования. Задача может быть поставлена перед психологом как лечащим врачом (в клинике) или педагогом (в образовательном учреждении), так и сам психолог на основании обращения клиента (например, в условиях центра психологической помощи) может сформулировать практическую задачу. Формулировка проблемы исследования представляет собой конкретизацию поставленной практической задачи.

Следующим шагом является планирование исследования. В первую очередь для составления плана необходимо собрать подробные сведения об испытуемом. Как правило, в клинических условиях основные данные предоставляет лечащий врач, в рамках коррекционного учебного заведения эти данные предоставляет школьный врач, социальный педагог или педагог, непосредственно работающий с ребёнком. Собранные данные позволяют психологу изучить историю болезни (анамнез), проанализировать преморбидный фон патологии, отметить важные характерологические особенности, которые необходимо будет учесть при проведении исследования.

Далее необходимо разработать *план исследования,* который включает в себя следующие компоненты:

- постановка цели;
- выдвижение рабочей гипотезы;
- определение задач, необходимых и достаточных для достижения цели;
- подбор методик и методов, релевантных цели и задачам исследования.

2. Основной этап. На данном этапе осуществляется сам эмпирический процесс патопсихологического исследования. Одной из главных задач на данном этапе является установление контакта с испытуемым, так как от этого будет зависеть как сама процедура исследования, так и достоверность полученных в ходе исследования результатов. Прежде чем приступать к проведению эмпирической части, необходимо убедиться, что контакт установлен и испытуемый понял, что он должен сделать. Инструкция выполнения методик



должна быть сформулирована в доступной для понимания форме, психологу необходимо убедиться в том, что испытуемый её понял и готов к выполнению заданий. Как правило, эта готовность достигается путём одной или двух предварительных проб при помощи вспомогательного стимульного материала.

Необходимо помнить, что патопсихологическое исследование направленно на комплексный качественный анализ психической деятельности испытуемого, при этом психолог должен не только выявить нарушенные звенья в структуре психической деятельности больного, но и определить сохранные функции и компенсаторные возможности.

На данном этапе требуется точная фиксация результатов выполнения заданий, а также особенности их выполнения (поведение, эмоции, высказывания испытуемого и т.д.).

3. Обработка и анализ данных патопсихологического исследования. Обработка результатов начинается с *количественного анализа*, подсчёта правильных и ошибочных действий или ответов испытуемого (с учётом определённых промежутков времени при выполнении различных заданий), подсчёта баллов в соответствии с ключом методик. После того как получены количественные показатели, можно приступить к *качественному анализу* результатов исследования. Особое внимание, как уже упоминалось выше, необходимо уделить эмоциям испытуемого, особенностям его поведения при возможных затруднениях и допущении ошибок, высказываниям, сопровождающим выполнение задания. При этом может оказаться необходимым продолжить исследование, изменить его алгоритм, включить методы, позволяющие уточнить отдельные результаты и получить исчерпывающую информацию о психической деятельности испытуемого. При проведении качественного анализа надлежит учитывать всевозможные негативные факторы, воздействующие на испытуемого в процессе исследования (внешние условия, установку испытуемого, его отношение, волнение, тревожность и т.п.), что в целом повысит объективность общей оценки.

4. Интерпретация результатов и заключение. Интерпретация результатов исследования представляет собой раскрытие сущности исследуемого патологического процесса психической деятельности испытуемого, его особенностей и основных характеристик. Первоначальная интерпретация связана с объяснением результатов на основе рабочей гипотезы. Однако последующее заключение представляет собой конкретные выводы, включающие в себя описание объективных показателей отдельных нарушений, подкреплённых примерами, а также параллельное описание эмоциональных и поведенческих реакций испытуемого, зафиксированных в процессе патопсихологического исследования.

2.4. Психологическое заключение и рекомендации к его составлению

Психологическое заключение, по своей сути, представляет собой конкретизированный ответ на поставленный практический вопрос. Как отмечает С.Я. Рубинштейн, «заключение <…> не может быть понято и не должно рассматриваться вне клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования» [158, с.171]. Заключение не имеет стандартной формы, так как не бывает одинаковых исследований с единым комплексом методик, не может быть и стандарта в составлении заключения.

Тем не менее для того чтобы полученные данные патологического исследования не только соответствовали практическому запросу, но и могли быть представлены другим специалистам, имеющим непосредственное отношение к изучаемой проблеме (лечащий врач, экспертная комиссия и др.), введены определённые требования к структуре заключения, позволяющие последовательно изложить результаты исследования (см. рис.7).

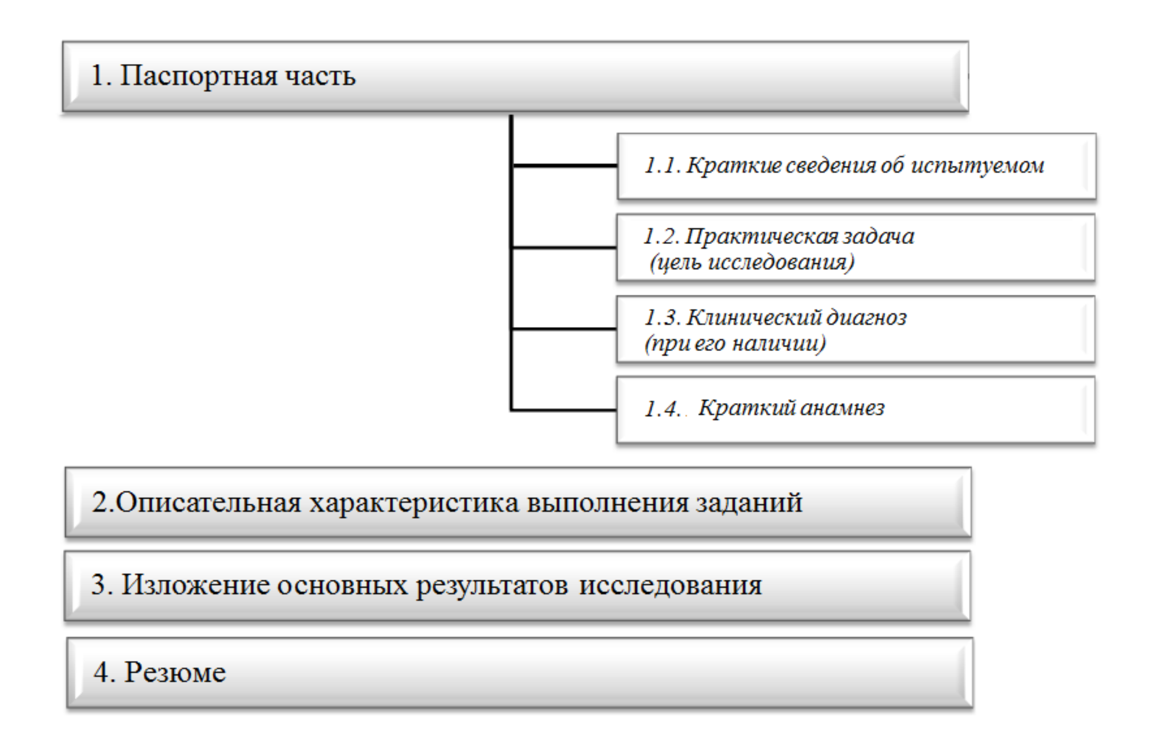


Рис. 7. Общий план написания заключения

В клинических условиях это может быть унифицированная форма или бланк, но в общем и целом заключение это творческая работа психолога – показатель его квалифицированности, его профессиональной зрелости.

Итак, рассмотрим отдельные составляющие и содержание патопсихологического заключения.

Паспортная часть включает в себя:

– *краткие сведения об испытуемом* (фамилия, имя, отчество, возраст, пол, национальность, образование и т.д. Эти данные надлежит зашифровывать);
– *практическую задачу* (цель исследования) как основной запрос, который формулируется лечащим врачом, педагогом, родителями или самим клиническим психологом в зависимости от его сферы деятельности;
– *клинический диагноз* (при его наличии или предположении, который психолог получает от лечащего врача);
– *краткий анамнез*, включающий в себя сведения о начале и развитии болезни, основных проявлениях, условиях жизни, перенесённых заболеваниях, хронической патологии, наследственности и др. (сведения об анамнезе психолог получает от лечащего врача (в условиях клиники), от школьного врача или педагога (в условиях образовательного учреждения), от родителей при их личном обращении за психологической помощью).

Также в данной части могут быть описаны жалобы самого испытуемого по поводу его состояния. Эти сведения могут быть важными в тех случаях, когда описание пациента отличается от описания врача, родителей, педагога.

Описательная характеристика выполнения заданий включает в себя краткие сведения о том, как работал испытуемый при выполнении методик, уровень его активности и заинтересованности (старательно/небрежно, заинтересованно/без интереса, оценивал или нет свои результаты). Показатель заинтересованности в своих результатах очень важен для клинического психолога, так как, по мнению С.Я. Рубинштейн, «чем сохраннее личность, тем обычно глубже выражена эмоциональная реакция на исследование в целом. У психопатов она принимает иногда утрированный характер. Безучастное отношение к факту исследования наблюдается при глубоком распаде личности либо при очень глубокой депрессии» [158, с.174].

Изложение основных результатов исследования должно содержать в сжатой форме сведения о характере познавательной сферы испытуемого, причём выводы в каждом случае подкрепляются конкретными эмпирическими данными. Начинать описание нужно с центрального дефекта, выявленного в процессе исследования. Затем обратить внимание на его взаимосвязи и описать вторичные дефекты, что в целом даёт возможность представить психологический синдром нарушений психической деятельности. Умение психолога выделить и корректно квалифицировать то или иное нарушение психической деятельности является важным шагом патопсихологического анализа. В данной части заключения также описываются сохранные стороны психической деятельности пациента, обязательно указываются особенности эмоциональной, мотивационно-волевой сферы испытуемого и его личностные характеристики, выявленные в ходе исследования.

В конце заключения делается краткий вывод или ***резюме***, представляющее собой конкретный ответ на изначально поставленный практический вопрос, которому подчинена цель исследования. В этом кратком выводе излагаются наиболее важные результаты исследования, характеризующие структуру основного психологического синдрома. Резюме не должно содержать суждение о диагнозе или его постановку, так как это относится к компетенции лечащего врача. Вместе с тем при постановке функционального диагноза в компетенцию психолога входит формулировка диагноза относительно личностной и социальной сферы испытуемого [69].

2.5. Приёмы и методы патопсихологической диагностики

В патопсихологическом исследовании применяются как ***стандартизированные***, так и ***нестандартизированные*** методы, созданные и многократно апробированные в научной практике. К нестандартизированным методам относятся – *беседа, наблюдение, биографический метод, анализ продуктов деятельности* и др. Данные методы позволяют фиксировать некоторые внешние поведенческие реакции испытуемых в разных условиях, а также такие особенности внутреннего мира, которые трудно выявить другими способами, например, чрезмерное волнение или напряжение, некоторые личностные особенности и многое другое.

Положительными аспектами нестандартизированных методов являются: гибкость и вариативность психодиагностической процедуры, возможность глубокого проникновения во внутренний мир испытуемого, высокая эффективность при изучении изменчивых состояний, всесторонний охват изучения личности.

Как упоминалось выше, методы беседы и наблюдения в патопсихологическом исследовании применяются в качестве дополнительного или, точнее сказать, вспомогательного средства экспериментального процесса, но их роль гораздо более значительна, чем роль отдельных тестовых приёмов.

К ***стандартизированным методам*** относятся – *тесты, анкеты, опросники, проективные техники и психофизиологические процедуры обследования*. По своей сути, стандартизация подразумевает единообразие процедуры, начиная от инструкции, получаемой испытуемым, заканчивая способами количественной, качественной обработки и интерпретации полученных результатов.

Положительными аспектами стандартизированных методов являются: учёт объективных показателей и возможность их перепроверки, оперативность и экономичность во времени, количественный дифференцированный характер оценки, возможность компьютеризации процедуры обследования и обработки результатов, возможность проведения группового обследования.

На современном этапе наиболее эффективным подходом в подготовке комплексного патопсихологического исследования является сочетание экспериментально-психологических[4] и стандартизированных методов. С целью повышения объективности заключения в патопсихологическом исследовании в зависимости от задач уместно использовать тесты интеллекта, многофакторные личностные опросники, проективные методы (например, при проведении судебной или трудовой экспертизы).

Метод наблюдения. Как известно, наблюдение является одним из методов исследования в психологии, который характеризуется целенаправленным и организованным восприятием и регистрацией психических проявлений. В некоторых отраслях психологии используют метод наблюдения в качестве ведущего или основного. Так, естественный эксперимент в рамках возрастной психологии невозможен без наблюдения за детьми раннего возраста, их процесса игры, поведения в ходе занятий.

В патопсихологии наблюдение есть фоновый процесс, который охватывает весь ход исследования и продолжается на протяжении всего взаимодействия с испытуемым. При таком постоянном взаимодействии одним из важных показателей профессионализма психолога является скрытность наблюдения, оно не должно быть пристальным и вызывать подозрение или дискомфорт у испытуемого.

Особенностью психологического наблюдения является отслеживание отдельных элементов, характеризующих как эмоциональное состояние, так и поведенческие паттерны испытуемого. В первую очередь следует отмечать типичные элементы поведения, характерные для тех или иных форм психических расстройств. Также важным может стать отслеживание парадоксальных, нехарактерных (нетипичных) для больного проявлений реакций и перемен в его поведении. Они могут свидетельствовать об изменении

[4] Экспериментально-психологические методы были разработаны в лаборатории психологии при Институте психиатрии под руководством Б. В. Зейгарник и описаны в работах С. Я. Рубинштейн (1970), Ю. Ф. Поляковой (1974).

психического состояния или отношения пациента к эксперименту либо к экспериментатору. Важно отметить особенности внешнего вида, выражения лица, положение тела, головы и конечностей по отношению друг к другу, то есть характерные для больного позы во время обследования.

При работе с испытуемым обязательно следует обращать внимание на проявления нетипичных для его возраста или уровня образования речевых высказываний, поведенческих и эмоциональных реакций. Такие особенности поведения могут быть дополнительными показателями дизонтогенеза у детей и психических расстройств у взрослых. В процессе самого эксперимента следует особо обращать внимание на мимику, жесты, почёсывания, дыхание, вздохи испытуемого во время выполнения задания, его отвлекаемость на внешние раздражители. Важно отметить, как он приступает к выполнению задания, последовательно или импульсивно работает и т.д. Все это многообразие двигательных и эмоциональных реакций больного психолог в обязательном порядке отображает в протоколе.

Метод беседы. В психологическом исследовании метод беседы есть вид опроса, целью которого является получение необходимой для психолога информации посредством диалогового общения с испытуемым. В патопсихологическом исследовании метод беседы имеет свою специфику, так как объектом исследования является человек с психическим расстройством. Успех проведения беседы во многом зависит от уровня компетентности исследователя. Психолог выбирает стратегию беседы в соответствии с целью и задачами исследования, а потому он должен заранее подготовить план беседы, продумать и точно сформулировать вопросы, учитывая особенности восприятия и мышления больного. В беседе нужно стремиться использовать открытые вопросы, которые предполагают развёрнутый ответ испытуемого, необходимо избегать сложных терминов.

По мнению ряда авторов (Б.В. Зейгарник, Б.Д. Карвасарский, И.Ю. Левченко и др.), патопсихологическая беседа выполняет две основные функции: диагностическую и терапевтически-коррекционную. Эти функции хорошо прослеживаются на различных этапах эксперимента. Б.В. Зейгарник выделяет 2 части беседы:

Первая часть – это беседа до начала эксперимента. Она направлена на взаимодействие с больным, установление с ним контакта. В предварительной беседе психолог узнает отношение больного к эксперименту и при необходимости корректирует его установки посредством подбадривающих фраз, настраивает на успешное выполнение экспериментальных заданий. Также важно, чтобы позиция психолога в диалоге воспринималась испытуемым не как доминирующая или зависимая, а как позиция сотрудничества, искренней заинтересованности в его благополучии.

Вторая часть беседы – это беседа во время эксперимента. Это общение может носить как вербальный, так и невербальный характер. Перед выполнением заданий психолог объясняет испытуемому инструкцию, уточняет, насколько хорошо он её понял. В процессе эксперимента психолог интересуется принципами, которыми руководствуется пациент при выборе способа решения задачи, стимулирует его деятельность, корректирует позицию в отношении самооценки, оказывает испытуемому помощь в выполнении заданий словами (указывает, подсказывает, хвалит или делает замечания), мимикой или жестами (улыбается, хмурится).

Таким образом, посредством беседы клинический психолог не только влияет на установки пациента, снимает напряжение в течение эксперимента и получает

дополнительные диагностические данные, но и осуществляет коррекционную деятельность посредством эмоциональной поддержки, различных подсказок и некоторой помощи при выполнении заданий (Б.В. Зейгарник, 1986).

Разнообразные виды такой помощи описаны в работах С.Я. Рубинштейн [158]:

– простое переспрашивание, т. е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание к сказанному или сделанному;
– одобрение или стимуляция дальнейших действий, например, «хорошо», «молодец»;
– вопросы о том, почему испытуемый совершил то или иное действие;
– наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
– подсказка, совет действовать тем или иным способом;
– демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;
– обучение тому, как надо выполнять задание.

Все реакции испытуемого на помощь, похвалу, критику, на невербальные формы общения (мимику, жесты) должны быть отражены в протоколе. Полученные данные необходимо сопоставлять с данными истории болезни и результатами наблюдения, что позволит получить целостное представление о структуре дефекта.

Тесты. В психологии принято выделять несколько разновидностей тестов: *тесты-задания, тесты-опросники, проективные тесты*.

Тест-задание предполагает получение информации о психологических характеристиках испытуемого на основании анализа его успешности при выполнении определённых заданий. В тестах такого типа испытуемому предлагается решить ряд задач, представленных в вербальной, невербальной или математической форме. Количество правильно и неправильно выполненных заданий является основанием для суждения о наличии или отсутствии у испытуемого определённого психологического качества, а также степени его выраженности. Большинство тестов, направленных на определение уровня развития познавательной сферы, относится именно к этой категории.

В клинической практике при обследовании детей и взрослых широкое распространение получили тесты интеллекта, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Психометрические методы оценки интеллекта

п\п	Название теста Автор/ы	Краткое описание	Возрастные границы применения
1.	Тест интеллекта (WAIS, WISC, WPPSI) Д. Векслер	Тест включает 11 субтестов, составляющих вербальную и невербальную шкалы.	тест WAIS (от 16 до 64 лет); тест WISC (от 6 до 16 лет); тест WPPSI (от 3 до 8 лет).
2.	Тест структуры интеллекта Р. Амтхауэр	Тест состоит из 9 субтестов. Каждый из них ориентирован на исследование различных функций интеллекта во всех группах задач. Из них выделяют 4 комплекса: вербальный, практический, математический, конструктивный. Данная методика широко используется для определения профессиональной пригодности.	от 13 лет до 61 года
3.	Тест «Прогрессивные матрицы» Дж. Равен и Л. Пенроуз	Тест содержит 60 заданий, распределённых по пяти сериям. Понятие «прогрессивные» указывает на то, что задачи теста упорядочены по признаку возрастания трудности их решения. В каждой из пяти серий (в серии 12 задач), каждая последующая задача серии относительно сложней предыдущей.	*Цветные прогрессивные матрицы* (4,5 - 9 лет) • испытуемые с аномальным развитием; • реабилитационные исследования лиц старше 65 лет; *Стандартные прогрессивные матрицы* (дети от 8 до 14 лет); (взрослые от 20 до 65 лет).

Для исследования отдельных познавательных процессов в патопсихологическом исследовании используют тесты, направленные на оценку той или иной познавательной функции или её отдельного свойства. Особо надо подчеркнуть, что диагностические возможности данного вида методик могут быть значительно шире их основной направленности. Так как согласно одному из положений А.Р. Лурии, сложные формы сознательной психической деятельности есть целостный, системный процесс, и при выполнении любой задачи активизируется вся функциональная система [110].

В таблице 2 представлен перечень основных методик патопсихологической диагностики познавательных процессов.

Таблица 2

Методики патопсихологической диагностики когнитивной сферы

п/п	Психические функции		Патопсихологические методики
1.	Восприятие	Зрительный гнозис	Перечёркнутые изображения; Фигуры Поппельрейтера; Незавершённые изображения; Химерные изображения; Лицевой гнозис; Цветовой гнозис.
		Пространственный гнозис	Проба «Зеркальные буквы», Проба «Слепые часы».
2.	Внимание		Корректурные пробы; Таблицы Шульте; Методика Мюнстерберга; Счёт по Крепелину; Круг Когана.
3.	Мышление		Классификация предметов; Тест Выготского-Сахарова; Кубики Коса; Доски Сегена; Исключение предметов; Существенные признаки; Простые и сложные аналогии; Сравнение и определение понятий; Трактовка пословиц, метафор и фраз; Заполнение пропущенных в тексте слов; Объяснение сюжетных картинок; Методика «Пиктограммы».
4.	Память		Заучивание 10 слов (А.Р. Лурия); Воспроизведение рассказов; Опосредованное запоминание методика «Пиктограммы»; Методика «Смысловая память»; Тест зрительной ретенции Бентона (BVRT).
5.	Речь		Название предметов и действий; Составление рассказа по сюжетной картинке; Исследование произношения всех групп звуков; Исследование фонематического слуха.
6.	Праксис	Кинетический	Тест Н. И. Озерецкого.
7.		Конструктивный	Графический диктант; Кубики Коса.
8.		Пространственный	Проба Хэда.

Опросники. Тесты-опросники относятся к стандартизированным методам, суть которых заключается в предъявлении испытуемому вопросов, на которые он должен дать ответ в соответствии с требованиями инструкции. Алгоритм проведения, обработка результатов и их интерпретация осуществляется согласно методическому руководству теста-опросника.

В патопсихологическом исследовании чаще используют личностные опросники, направленные на измерение различных психологических характеристик человека. Чаще всего необходимость в их использовании возникает при недостатке информации, полученной в ходе эмпирического этапа исследования, в процессе проведения экспертизы (судебной, воинской или трудовой) их применение позволяет получить объективную оценку личностных особенностей испытуемого.

Однако необходимо отметить, что недостаток многих личностных опросников заключается в явной для испытуемого целенаправленности вопросов, вследствие чего самооценка им своего состояния или своих личностных качеств может быть не вполне адекватной. В связи с этим информацию, полученную посредством тестов-опросников, необходимо сопоставлять с показателями, объективно представляющими личность, дополняя её результатами исследования личностных особенностей в процессе деятельности, а также с полученными результатами при помощи проективных методов (В.М. Блейхер, 1986).

Наиболее распространены типологические опросники, разработанные на основе типологических теорий личности. Их основная цель заключается в дифференцировании различных групп (типов) людей с похожими психологическими характеристиками (устойчивыми личностными проявлениями).

В таблице 3 представлен перечень тестов-опросников, наиболее часто используемых в патопсихологической практике.

Таблица 3

Тесты-опросники патопсихологической диагностики

п\п	Название теста Автор/ы	Диагностическая направленность	Возрастные границы применения
1.	Опросник EPI Г.Ю. Айзенк	Исследование уровня нейротизма, экстра-интроверсии.	Для взрослых (от 15 и старше).
2.	Опросник EPQ Г.Ю. Айзенк	Исследование уровня нейротизма, психотизма, экстра/интроверсии.	Для взрослых; подростков (от 10 до 15 лет).
3.	Миннесотский личностный опросник (MMPI) С. Хатуэй и Дж. МакКинли. *Адаптированные варианты:* Мини-СМИЛ и СМИЛ (Л.Н. Собчик)	Исследование личностных характеристик и неосознаваемых тенденций личности. Тест состоит из 550 утверждений, образующих 10 основных диагностических шкал. Тест используется для уточнения психологических, клинических и нозологических диагнозов.	Лица в возрасте от 16 лет и старше, с коэффициентом интеллекта не ниже 80 IQ

п\п	Название теста Автор/ы	Диагностическая направленность	Возрастные границы применения
4.	16-факторный личностный опросник Р. Кеттелл	Исследование относительно устойчивых личностных характеристик. Опросник включает в себя 16 факторов, наиболее полно характеризующих личность (активность, эмоциональность, коммуникативность, интеллект и др.).	Формы «А» и «В» от 17 лет и старше; Форма 14PF (13 – 17 лет) Форма 12PF (8 – 12лет)
5.	Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А. Е. Личко	Исследование типа характера при конституциональных и органических психопатиях, патологических развитиях личности, при акцентуациях характера.	От 14-18 лет
6.	Тест акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ) Авторский коллектив Курского государственного медицинского университета	Исследование отдельных свойств темперамента, выявление дисгармоничного сочетания свойств и типов акцентуаций. ТАСТ основан на глубоком изучении известных опросников структуры темперамента В.М. Русалова и акцентуаций характера К. Леонгарда-Г. Шмишека.	От 17 лет и старше

Проективные методы. Само понятие «проективные методы» ввёл Л. Франк, но суть метода заключается в реализации принципа, лежащего в основе психологического механизма, который З. Фрейд и К.Г. Юнг назвали «проекция». Посредством этого механизма раскрывается содержание неосознаваемых личностью, вытесненных в бессознательное переживаний, установок, негативных эмоций и т.п.

Проективные методики нацелены на выявление различных личностных проекций в процессе исследования при помощи специально разработанного стимульного материала, который характеризуется созданием экспериментальной ситуации, допускающей вариативность всевозможных интерпретаций при её восприятии испытуемым.

Наиболее значимым преимуществом проективных методик является использование в них специфичных стимулов, которые испытуемый должен сам дополнять, интерпретировать, развивать и т.д. Например, испытуемому предлагается интерпретировать содержание сюжетных картинок, завершить незаконченные предложения, представить толкование неопределённых очертаний или дорисовать их. Ещё одним преимуществом проективных методов являются разнообразие способов выполнения задания и развёрнутые ответы, которые не предполагают правильных и неправильных вариантов. При этом считается, что характер ответов испытуемого представляет собой индивидуальную картину или «проекцию» внутреннего мира личности и его поведенческих паттернов.

Цель проективных методик относительно замаскирована, что снижает риск в отношении бессознательного или осознанного искажения результатов. За каждой такой интерпретацией вырисовывается уникальная система личностных смыслов и особенностей когнитивного стиля личности.

Недостатком проективных методик является субъективность экспериментатора при интерпретации результатов. Проективные методы не содержат норм и математического аппарата для объективной обработки полученных данных, они представляют качественный подход к исследованию личности, а не количественный. Поэтому интерпретация результатов, как правило, требует дополнительной специальной подготовки психолога (например, при работе с методикой Г. Роршаха и М. Люшера). Более того, проективные методы в редких случаях могут быть использованы как самостоятельные. В основном данные, полученные при помощи проективных методов, принято соотносить с данными, полученными посредством других методов.

В зависимости от специфики различают несколько видов проективных методик:

- *ассоциативные*, в которых испытуемые создают образы по стимулам (пятна, неоконченные предложения);
- *интерпретационные*, в которых требуется истолковать изображённую на картинке социальную или бытовую ситуацию;
- *экспрессивные,* в которых испытуемому предлагается нарисовать рисунок на заданную тему.

Далее, в таблице 4 представлены основные проективные методы, активно используемые в патопсихологической практике.

Таблица 4

Основные проективные методики патопсихологической диагностики

п\п	Название теста Автор/ы	Диагностическая направленность	Возрастные границы применения
1.	Тест цветовых предпочтений М. Люшер;	Оценка психоэмоционального состояния и уровня нервно-психической устойчивости; выявление внутриличностных конфликтов, склонности к депрессивным состояниям и аффективным реакциям.	От 16 лет и старше
2.	Тест чернильных пятен Г. Роршах	Исследование психики и её нарушений. В отечественной психологии тест Роршаха используется преимущественно в клинико-психологических исследованиях личности.	От 16 лет и старше
3.	Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейг *Адаптированный вариант* Л.Я. Ясюкова (взрослый и детский вариант методики)	Исследование реакций на неудачу и изучение способов, выбранных испытуемым для разрешения возникших проблем. Тест занимает промежуточное место между тестом ассоциации слов и тестом тематической апперцепции. Стимульный материал теста состоит из серии рисунков с изображением различных фрустрационных ситуаций.	Взрослый вариант применяется с 15 лет. Детский вариант (от 4–13 лет).

п\п	Название теста Автор/ы	Диагностическая направленность	Возрастные границы применения
4.	Тематической апперцепции тест (ТАТ) Г. Мюррей	Исследование глубинных тенденций личности, в том числе её потребностей и мотивов, отношений к миру, черт характера, типичных форм поведения, внутренних и внешних конфликтов, механизмов психологической защиты и др.	
5.	Тест «Незаконченные предложения» Дж. Сакс и С. Леви	Исследование поведенческих особенностей индивида, характера его взаимоотношений с окружающим миром и с самим собой.	
6.	Тест детской апперцепции (САТ) Л. Беллак-С. Беллак	Исследование эмоционального состояния, потребностей и личности детей. Методика позволяет исследовать фантазии ребёнка, в которых отражаются отношения со значимыми людьми, защитные механизмы и адаптационные возможности ребёнка, бессознательные переживания и конфликты, наличие каких-либо психических нарушений.	От 3 до 10 лет
7.	Методика «Пиктограммы» А.Р. Лурия-Б.Г. Херсонский	Исследование опосредованного запоминания и особенностей мышления, оценка некоторых личностных особенностей испытуемых и их психического состояния. При этом обнаруженный проективный характер данного метода рассматривается и понимается только в плане содержательного смыслового анализа пиктограмм. Классический вариант методики используют в патопсихологии, при военной или судебно-психиатрической экспертизе.	

Широкое распространение в патопсихологической практике при обследовании детей и подростков получили такие рисунчатые тесты, как: «Несуществующее животное» и «Рисунок семьи». Однако необходимо обратить внимание, что при обследовании некоторых категорий детей с отклонениями в развитии интерпретация результатов требует особой осторожности. Так, дети с нарушением моторных функций и пространственной координации, с нарушениями зрительного восприятия зачастую искажают размеры фигуры при рисовании, утрачивают мелкие детали, нарушают пропорции лица. Связано это с органическими нарушениями головного мозга или анализаторной системы, а не с личностными нарушениями. В этих случаях принцип «проекции» применённой методики утрачивает свою значимость, но результаты рисунчатых тестов могут быть очень информативными.

В некоторых случаях проективные методы могут играть и самостоятельную роль в диагностике ряда психических, неврологических и соматических заболеваний (например,

при диагностике детей дошкольного возраста, вялотекущей шизофрении, маскированных депрессивных состояниях и др.).

Контрольные вопросы

1. В чем заключаются специфика патопсихологического эксперимента?
2. Перечислите основные и дополнительные методы патопсихологического исследования.
3. Какие вы знаете способы видоизменения условий патопсихологического эксперимента?
4. Дайте характеристику основных этапов патопсихологического исследования.
5. Перечислите основные принципы построения патопсихологического эксперимента (по С. Я. Рубинштейн и Б. В. Зейгарник).
6. Какова структура психологического заключения?
7. В чем заключаются положительные аспекты нестандартизированных методов?
8. Каковы особенности метода наблюдения в патопсихологическом эксперименте?
9. Что вы знаете о методе клинической беседы?
10. Какова специфика проективных методов?

Рекомендуемая литература

1. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЗАО ЭКСМО-Пресс, 1999.
2. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я, 1986.
3. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология / В.М. Блейхер, В.Ж. Крук, С.Н. Боков. – Ростов на/Д, 1996.
4. Зейгарник, Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
5. Патопсихология: хрестоматия/ под ред. Н.Л. Белопольская. М.: Когито-Центр, 2000.
6. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: учебное пособие для вузов. М.: Академия, 2000.
7. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
8. Мягков, И.Ф. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии: учебник для вузов / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков. – М.: Логос, 1999.
9. Носачев, Г.Н. Основы патопсихологии: учебное пособие для вузов / Г.Н. Носачев, Д.В. Романов. Самара: Офорт, 2004.
10. Середина, Н.В. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко. Ростов н/Д: «Феникс», 2003.

ГЛАВА 3. Понятие и критерии психической нормы

Вопрос определения психической нормы и патологии остаётся одним из проблемных и до конца неопределённых в клинической психологии. Вместе с тем каждый клинический психолог должен иметь ориентиры, которые необходимы для выполнения его основной профессиональной задачи – квалификации психологического феномена как нормального или аномального. «От решения этой проблемы, – отмечает А.Б. Холмогорова, – зависят стратегия психодиагностики, модели конкретных психических расстройств, цели и мишени помощи, основные практические выходы клинической психологии» [183, с. 60].

В психологии понятие нормы имеет несколько значений. Так, норма понимается как:

– *образец,* с которым сравнивают и по нему оценивают различные параметры (например, нормы социального поведения, санитарные нормы и т.д.);
– *статистический критерий*, включающий в себя не только среднеарифметический показатель, но и ряд отклонений от него в заданном диапазоне;
– *функциональный оптимум*, подразумевающий интервал параметров функционирования организма, при которых обеспечивается поддержание гомеостаза.

Функциональный оптимум – параметр индивидуальный, он не всегда соответствует среднестатистическим показателям. Более того, понятие нормы просто неприемлемо для описания личности, так как само понятие «индивидуальность» как свойство личности предполагает определённое отклонение от стандарта. Так, Г. Олпорт отмечает: «Личность – это динамическая организация психофизических систем внутри индивидуума, определяющая его уникальное приспособление к окружающей среде» (Allport, 1937, p. 48). Основным положением научной парадигмы отечественной психологи является то, что качество целостности личности, интегрированности всех психических функций и процессов возникает из их принадлежности единой системе личности с определёнными ценностями, установками, мотивами, потребностями, сформировавшимися в данном обществе и в данной культуре (Л.С. Выготский, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, Д.Н. Узнадзе). И потому в современной психодиагностике понятие «норма» используют при изучении определённых феноменов (например, интеллектуальное развитие, возрастные кризисы), а в случаях исследования личности, как правило, используют термин «особенности», что свидетельствует о намеренном исключении номотетического подхода.

В клиническом понимании «норма» образует дихотомию с понятием «патология», соответственно норма приравнивается к психическому здоровью. Однако, как отмечает А.Г. Маклаков, «переход от нормального состояния к болезни не является внезапным, и поэтому нельзя легко разделить состояния людей на те, которые соответствуют норме, и те, которые соответствуют патологии <…> статистические вычисления показывают, что «абсолютно» здоровый индивид – это не правило, а исключение» [114, с. 452].

Такого же мнения придерживались учёные, концептуально подходившие к изучению проблемы границ нормы и патологии в контексте исследования индивидуальных черт личности (П.Б. Ганнушкин, К. Леонгард, А.Е. Личко), которые неоднократно указывали на «размытость» границ между здоровьем и психическим расстройством. Так, П.Б. Ганнушкин подчёркивал, что не только не существует чётких границ между этими понятиями, но и обнаруживается «необходимая связь между феноменами того и другого порядка, что в

области патологии действуют те же законы и силы, что и в норме» [42, с. 254]. Разница между психическим здоровьем и болезнью заключается только в том, что при болезни нарушается гармония тех взаимоотношений между функциями организма или психики, которые существуют у здоровой личности.

В научном понимании норма и патология это две крайние точки, между которыми не существует чёткой границы, именно поэтому их так трудно дифференцировать. Континуум между двумя крайними точками заполняют так называемые пограничные состояния. В рамках уровневого подхода выделяют три уровня бытия человека: соматический, психологический и уровень морального самосознания. «Идеальной нормой» можно считать благополучие человека на всех 3-х уровнях его существования (см. рис. 8.).

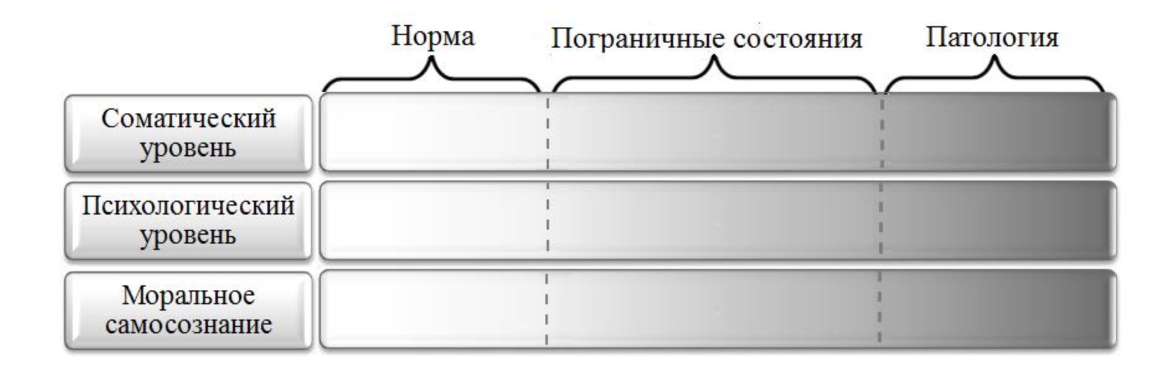


Рис. 8. Критерии нормы (уровневый подход)

В представлении о *«нормальной личности»*, – отмечает Л.Н. Собчик, – должно учитываться, что «каждый человек обладает определённым диапазоном колебаний (изменчивости) личностных свойств, то есть имеются границы, в пределах которых различные характеристики могут менять свою интенсивность» [163, с. 9]. Нормой следует считать не наличие или отсутствие той или иной характеристики, а её уравновешенность с полярным качеством, что в целом обеспечивает баланс психической деятельности. Невротические расстройства представляют собой нарушение этого равновесия и выражаются в клинически заострённых типологических чертах, которые выражены уже как болезненные проявления – симптомы.

Многомерность феноменологии личности нашла своё отражение и в научной диагностической парадигме распознавания психической нормы и патологии В.Д. Менделевича. В своей работе «Терминологические основы феноменологической диагностики» автор выделяет основные принципы дифференциальной диагностики психопатологических симптомов и психологических феноменов. Одним из основных принципов, которому должна следовать научная диагностическая доктрина, – отмечает В.Д. Менделевич, – является принцип «презумпции психической нормальности». Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания, и никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания [116].

Тем не менее, несмотря на все вышесказанное, ориентация на статистические критерии нормы обнаруживает свою необходимость в патопсихологическом исследовании на этапе первичной диагностики состояния психики испытуемых при выявлении какого-либо

отклонения, а также при определении характера основного нарушения и степени его выраженности.

3.1. Понятие психической нормы в патопсихологии

Проблема психической нормы была и остаётся дискуссионной не только для патопсихологии, но и для смежных с ней отраслей, в том числе и медицины. На протяжении многих лет учёными принимались неоднократные попытки разработать модели нормы и патологии (Б.В. Зейгарник, В. Д. Менделевич, Б.С. Братусь, А.Б. Холмогорова и др.). В основу этих моделей были положены многолетние наблюдения за больными людьми, многочисленные клинические исследования и сравнительный анализ здоровых людей с людьми, имеющими психические нарушения. Так, в своём фундаментальном труде «Клиническая психология» А.Б. Холмогорова выделяет основополагающие принципы, на которые необходимо опираться при оценке психической нормы и патологии:

– *принцип культурного происхождения, развития и опосредованного системного строения высших психических функций человека.* Согласно данному принципу, главным параметром развития высших психических функций являются осознанность, произвольность, опосредованность, системность;
– *принцип общественной детерминации индивидуального сознания и активности личности*, согласно которому развитие сознания индивида социально детерминировано, а его активность основная движущая сила;
– *принцип единства сознания и деятельности* гласит – сознание формируется посредством деятельности, но в то же время влияет и регулирует деятельность;
– *принцип самодвижения деятельности.* Причины трансформаций психической деятельности заложены в ней самой. Новые мотивы, новые формы активности и поведения возникают в результате того, что цели, подчинённые определённым мотивам, начинают обладать самостоятельной побудительной силой;
– *принцип целостности и единства биологического, психологического и социального в психике человека,* согласно которому психика и сознание человека являются социальными явлениями, а биологический аспект представляет собой лишь условия, в которых они формируются;
– *принцип единства аффекта и интеллекта* основывается на понимании того, что единство аффекта и интеллекта есть динамический процесс: в онтогенезе аффект и интеллект меняются местами, аффект становится подчинённым сознанию;
– *принцип неравномерности развития и ведущей роли обучения в развитии,* согласно которому психические функции в своём развитии характеризуются неравномерностью и гетерохронностью;
– *принцип исторического анализа личности.* Этот принцип выражается в необходимости анализа жизненного пути и опыта человека для понимания его актуального состояния, его психологических проблем и той системы ценностей, которая у человека сформировалась.

По мнению А.Б. Холмогоровой, психическая норма или ***здоровая личность*** – это «активный субъект собственной деятельности с разветвлённой иерархизированной

мотивационной сферой, развитой способностью к опосредованию (рефлексивной регуляции психических процессов и поведения) и установлению глубоких эмоциональных контактов с другими людьми» [183, с.316].

Психическая норма определяется основоположником детской медицинской психологии Д.Н. Исаевым как «индивидуальная динамическая совокупность психических (индивидуально-социально-психологических) свойств конкретного человека, которая позволяет ему адекватно своему возрасту, полу и социальному положению познать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнить свои биологические и социальные функции соответственно возникающим личным и общественным потребностям, общепринятой морали» [66].

Автор подчёркивает важность оценки психической нормы для детской патопсихологии, указывая на ряд причин:

1. В процессе развития постоянно меняются функциональные возможности детской психики, следовательно, требуется диагностика с учётом возрастной динамики.
2. В связи с лабильностью детской психики всякая оценка должна производиться с учётом возможных отрицательных внешних воздействий, которые способны исказить истинное психическое состояние.
3. Психическая норма развивающейся личности зависит и от кризисов, возникающих в процессе её формирования.
4. От оценки соответствия психики ребёнка норме зависит его будущая судьба, так как диагностика определяет его интеллектуальный потенциал, условия и программу обучения.

Нормальные психические процессы, – отмечает Д.Н. Исаев, – должны обеспечивать правильное отражение окружающей действительности, адекватное восприятие самого себя, обеспечивать продуктивность внимания (устойчивость, концентрация), удержание информации в памяти, критичность мышления, контроль и регуляцию всего мыслительного процесса.

По мнению Б.Д. Карвасарского, современная патопсихология в оценке нормы и психического здоровья опирается на положение *Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)* о том, что: «***Психическое здоровье*** – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в своё сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества» [34].

3.2. Критерии нормального и патологического состояния психики

В клинических исследованиях критерии нормы используются в качестве средства оценки актуального (текущего) состояния пациента в сопоставлении с относительно стереотипным состоянием большинства людей. Отталкиваясь от цели и задач патопсихологии критерии нормального психического состояния должны рассматриваться в контексте представлений о целостности личности (Б.В. Зейгарник, 1986).

В своё время в работе «О психических состояниях человека» Н.Д. Левитов провёл важную грань между понятиями «психическое состояние» и «функциональное состояние организма» (Н.Д. Левитов, 1964). По мнению автора, ***психическое состояние*** – есть «целостная характеристика психической деятельности за определённый период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и свойств личности» [95, с. 20]. Психическое состояние человека, в отличие от функционального состояния организма, отражает в первую очередь ситуацию реальной жизнедеятельности субъекта и его отношение к этой ситуации. В разрешение конкретных проблемных ситуаций вовлечены психические процессы и личностные свойства (способности, темперамент, характер, мотивация, эмоционально-волевые особенности).

Таким образом, критерии психического состояния субъекта должны отражать качественные параметры основных психических явлений (психических процессов, психических состояний, психических свойств) в контексте личностного развития и социального взаимодействия. Определение критериев нормального и аномального психического состояния невозможно без понимания критериев здоровья, выступающих в качестве отправной точки в оценке отклонений.

Так, в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) понятие ***«здоровье»*** трактуется с точки зрения оценки благополучия физического, душевного и социального статуса человека. При этом *физическое здоровье* предполагает эффективное функционирование всех внутренних органов и систем организма, способствующих оперативной адаптации к внешним условиям и продуктивной жизнедеятельности человека. *Психическое здоровье* предполагает состояние душевного равновесия (баланса), стрессоустойчивость к неблагоприятным условиям, обеспечение адекватной регуляции поведения при реализации биологических и социальных потребностей. *Социальное здоровье* предполагает эффективное взаимодействие человека с социумом на основе общепринятой системы ценностей, нравственных законов и правил поведения в социальной среде.

На основе выдвинутых положений специалисты ВОЗ выделили ряд критериев психического здоровья, отражающих индивидуальную динамическую совокупность психических свойств личности (см. рис. 9).

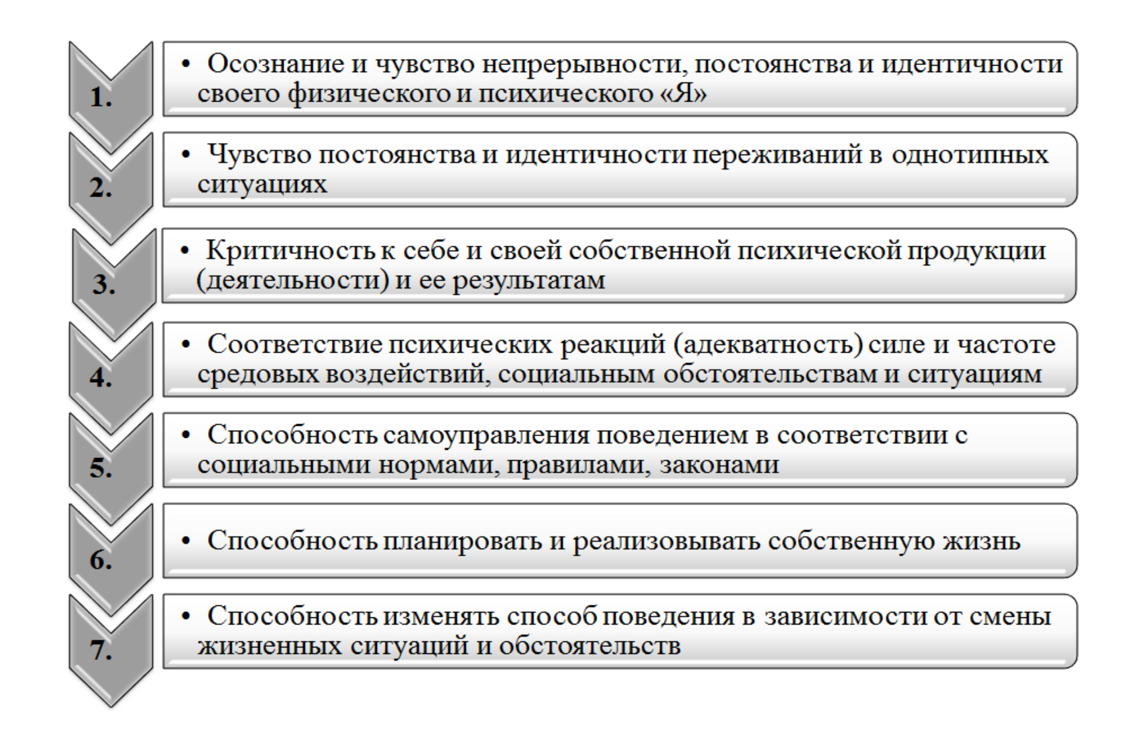


Рис. 9. Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

Уделяя особое внимание проблеме здорового и патологического развития личности, Б.С. Братусь разработал концепцию психического здоровья, которая представляет собой синтез общепсихологических, патопсихологических и конкретно-прикладных данных.

В своей концепции Б.С. Братусь выделяет 3 уровня психического здоровья [22, с. 72]:

- *личностно-смысловой (высший) уровень* – уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека, общим смыслом и целеустремлённостью в жизни, отношением к другим людям и себе;
- *индивидуально-психологический* уровень – оценка этого уровня зависит от способности человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений;
- *психофизиологический уровень* – определяется особенностями нейрофизиологической организации актов психической деятельности.

Каждый из уровней имеет свои критерии и свои особые закономерности протекания. Несмотря на общую взаимосвязь и взаимообусловленность всех перечисленных уровней, автором рассматривается вариативность этих связей в сочетании с различной степенью выраженности и качества их проявления. При этом будет неверным рассматривать эти взаимосвязи как «трансмиссионные», по инерции передающие развитие дефекта от уровня к уровню. «Даже при таком крайне тяжёлом заболевании, как эпилепсия, с неизбежным поражением базового уровня возможны разные отношения с вышележащими уровнями, и прежде всего с уровнем личностного здоровья» [22, с. 188].

Как отмечает автор, при неврозах и психопатиях поражению подвергаются преимущественно разные уровни психического здоровья. Так, при психопатиях страдает в основном индивидуально-психологический уровень (уровень реализации), тогда как при неврозах – высший уровень личностно-смысловой, который усугубляет нарушение

процессов реализации. «Если для людей психопатического склада «ядерным» нарушением, «слабым» звеном являются тактические, операционально-технические просчёты в реализации деятельности, то для больных неврозом патогенным является рассогласованность, гиперразведение самооценочных структур, что ведёт к постоянному внутреннему напряжению, поддержке, «консервации» невротического конфликта» (там же, с.218).

Критерии нормы, по мнению Б.С. Братуся, отражают в первую очередь социально-психологические параметры личности, её духовно-смысловое развитие в контексте социально-нравственных требований, они могут выступать диагностическими показателями как психологических феноменов, так и психопатологических симптомов.

Вопрос дифференциации нормального и аномального психического состояния предполагает изучение критериев не только в пределах понятий «норма» и «здоровье», но и диаметрально противоположных понятий «расстройство» и «патологическое состояние».

В психиатрическом тезаурусе под патологией рассматривается любое отклонение от установленной нормы как нарушение функционирования организма на биологическом уровне. Так, в толковом словаре психиатрических терминов ***патологическое состояние*** определяется как устойчивое отклонение от нормы, имеющее отрицательное для организма биологическое значение (нарушение гомеостаза) и проявляющееся клинико-психопатологической симптоматикой и социальной дезадаптацией.

Рассмотренное с такого ракурса понятие «патология» даёт не вполне точное представление о феноменологии психических нарушений, отражающее лишь одну грань возможных причин психических отклонений – биологическую (дисфункциональность мозговых, психофизиологических, эндокринных механизмов регуляции поведения). Понятие «патология» с позиций клинической психологии гораздо шире, в него включены все три основных компонента: биологический, личностный, социальный, что даёт основание правомерно использовать понятия – «расстройство личности», «патологическое состояние личности».

Расстройство личности – это нарушение личностного уровня психического здоровья человека, характеризующееся значительным дискомфортом и отклонениями от норм, принятых в данной культуре, сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.

Расстройство личности в большинстве случаев возникает на этапе формирования личности (по А.Н. Леонтьеву, это первый кризис личности), формируется в подростковом возрасте в форме акцентуаций (А.Е. Личко) и продолжает проявляться в более грубой форме в период зрелости (П.Б. Ганнушкин). Расстройство личности также называют «невроз характера», причины которого в основном усматриваются в детских психологических травмах. Так, З. Фрейд эти травмы связывал с нереализованными и вытесненными влечениями, А. Адлер – с заблокированным стремлением к превосходству и власти над окружающими, К. Хорни – с дефицитом родительской любви, вследствие чего потребность в любви трансформируется в «базальную тревогу» и невротические наклонности.

Расстройство психики – это патологическое состояние психики, характеризующееся нарушениями психической деятельности. Использование термина «расстройство» не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных детерминант его возникновения. Расстройство может быть вызвано взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причём в каждом

конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим как на этапе формирования, так и на этапе развития нарушения [155].

По мнению ряда авторов (Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова, 2003), определение психического расстройства опирается на три базовых критерия (см. рис. 10):

I. Критерий	II. Критерий	III. Критерий
• Отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в определенный промежуток времени.	• Состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и потому наносящие ему ущерб (дисфункциональные состояния).	• Типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

Рис. 10. Критерии психического расстройства

Многолетний эмпирический опыт в изучении больных людей, страдающих различными психическими заболеваниями, позволил Н.Л. Белопольской и её коллегам выделить ряд критериев, посредством которых, по мнению автора, можно «ставить вопрос об отклонении от нормы», дифференцировать нормальное и аномальное психическое состояние. Рассмотрим подробно эти критерии:

Неадекватность – выражается в несоразмерности проявлений психической деятельности в той ситуации, в которой находится субъект. Неадекватность отражается в эмоциональных реакциях, поведении, речевых высказываниях, мимике, жестах.

Некритичность – выражается в снижении или полном отсутствии критики субъекта к своим поступкам, к своему физическому и психическому состоянию, своему поведению, высказываниям, результатам своей деятельности и т. д. На ранних стадиях заболевания эгодистонность ещё сохраняется, человека пугают отдельные симптомы, он испытывает дискомфорт, пытается от них избавиться. При более грубом нарушении психики на первый план выходит эгосинтонность, характеризующаяся принятием своих предпочтений как естественных, согласующихся с представлениями о собственной личности. Иначе говоря, эгосинтонность проявляется в отсутствии критики к своему состоянию и поведению.

Непродуктивность деятельности – выражается в отсутствии интереса к результату своей деятельности, субъекту интересен только сам процесс – осуществление подчас бессмысленной двигательной активности (например, целыми днями рисует, складывает палочки или картинки и т.д.). Сама деятельность для человека не имеет смысла, как и его результат.

По мнению Н.Л. Белопольской, наличие одного из перечисленных показателей может служить основой для обращения к психологу с целью принятия превентивных мер, предупреждающих развитие психического заболевания. При наличии одновременно двух

или трёх показателей должен быть поставлен вопрос о необходимости проведения экспериментального патопсихологического обследования [10, с.2].

Контрольные вопросы

1. Почему вопрос о норме и патологии остаётся одним из проблемных в психологии?
2. Дайте характеристику нормы как функционального оптимума.
3. Что означает норма как статистический критерий?
4. На какие виды норм ориентируется клинический психолог в своей работе?
5. Что такое психическое здоровье согласно положению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)?
6. В чем заключается отличие психического состояния от функционального состояния?
7. Охарактеризуйте психическое и социальное здоровье человека.

Рекомендуемая литература

1. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я, 1986.
2. Братусь, Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988.
3. ВОЗ. Психическое здоровье. Информационный бюллетень. Апрель 2016. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/
4. Исаев, Д. Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов. СПб.: СпецЛит, 2001.
5. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2004.
6. Левитов, Н.Д. О психических состояниях человека. М.: Просвещение, 1964.
7. Маклаков, А.Г. Общая психология: учебник для вузов. СПб: Питер, 2016.
8. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психологии. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
9. Нартова-Бочавер, С.К. Дифференциальная психология: учебное пособие. М.: Флинта, 2012.
10. Основы клинической психологии / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова. Ростов н/Д.: Феникс, 2003.
11. Патопсихология: хрестоматия. Сост. Н. Л. Белопольская. М.: УРАО, 1998.
12. Холмогорова, А.Б. Клиническая психология. В 4 т. Т. 1. Общая патопсихология. М.: Академия, 2010.

ГЛАВА 4. Патология психических процессов

Психические процессы – это акты психической деятельности, имеющие свой объект отражения и конкретную регуляторную функцию. Их основная задача – приём и переработка информации, поступающей как из внешнего мира, так и внутренней среды организма, а также регуляция всей психической деятельности. Психические процессы обладают определёнными динамическими характеристиками (скорость, длительность, устойчивость), они тесно взаимосвязаны между собой и обуславливают психические состояния человека.

Выделяют две группы психических процессов: ***познавательные*** (ощущение, восприятие, внимание представление, память, воображение, мышление, речь) и ***регуляторные*** (эмоциональные, волевые).

4.1. Нарушения ощущений

Ощущение *– это психическая функция, первейшая и простейшая форма чувственного познания, посредством которой субъект познает отдельные параметры или свойства предметов и явлений окружающего мира, а также получает информацию о состоянии собственного организма.*

Физиологической основой ощущений являются анализаторы органов чувств, обеспечивающие доставку в мозг информации различной модальности (визуальной, аудиальной, обонятельной, осязательной, вкусовой, тактильно-кинестетической) и её анализ.

Расстройства ощущений разделяют на два кластера: *количественные* (изменение интенсивности) и *качественные* изменения ощущений. Первый кластер включает в себя анестезии, гипестезии, гиперестезии. В состав второго кластера входят парестезии и сенестопатии (см. рис.11).



Рис. 11. Виды нарушений ощущения

Характерной чертой психических нарушений ощущения является анатомо-физиологическая сохранность соответствующего анализатора. В большинстве случаев

аномалии ощущений обнаруживаются на невротическом уровне психических нарушений (чаще при астенических расстройствах различной этиологии), в отдельных случаях могут проявляться и на более глубоком уровне – психотическом. На невротическом уровне расстройства ощущений характеризуются нестабильностью, отсутствием чёткой локализации, слабой выраженностью вегетативных расстройств, амбивалентностью чувств и жалоб больного.

Анестезия – это нарушение чувствительности**,** характеризующееся снижением каких-либо ощущений вплоть до полного прекращения восприятия информации об окружающей среде и собственном состоянии организма.

Психическая анестезия (депрессивная деперсонализация) проявляется как болезненное бесчувствие. У таких больных обнаруживается скудность эмоционального реагирования, недостаток эмпатии, отсутствие эмоционального отклика на происходящее. В некоторых случаях психическая анестезия может проявляться вместе с *телесной анестезией,* при которой больной теряет ощущения собственного тела или отдельных его частей.

При истерических невротических нарушениях часто встречаются:

- истерическая *амблиопия* (истерическая слепота);
- психическая *аносмия* (нечувствительность к запахам);
- психическая *агевзия* (утрата чувства вкуса);
- психическая *глухота*;
- психическая *тактильная анестезия*;

В рамках *истерической анестезии* описаны нарушения болевой чувствительности, по типу «чулок и перчаток», при которых локализация анестезии не соответствует периферической иннервации, её границы легко смещаются при отвлечении внимания больного либо при целенаправленном переубеждении в процессе психотерапии.

Психические формы анестезии наблюдаются при неврологических заболеваниях, истерии, кататоническом синдроме, эндогенной депрессии, шизофрении.

Гипестезия – ослабление ощущений, при котором повышается абсолютный порог чувствительности к интенсивности раздражителя при субъективном восприятии. Так, человек может воспринимать сильные раздражители как слабые, сильный звук как тихий, резкий запах может не ощущать, не чувствовать боли, температурных раздражителей, что может стать причиной травматизма.

Психические гипестезии классифицируются по принципу нарушения ощущений определённой модальности (зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых, тактильно-кинестетических, болевых). Одна из разновидностей психической гипестезии – *психическая гипалгезия* характеризуется снижением и утратой болевой чувствительности. В современной клинике, отмечает Б.Д. Карвасарский, *гипалгезия* встречается значительно реже, чем *гиперналгезия* (усиление болевой чувствительности) или «психогенные» боли, на которые жалуются больные с различными формами неврозов [69].

Психические формы гипестезии наблюдаются при депрессивном синдроме, астеническом синдроме при состояниях выключения сознания.

Гиперестезия – усиление ощущений, при котором снижается абсолютный порог чувствительности к интенсивности раздражителя при субъективном восприятии. Другими словами, повышенная чувствительность к обычным или даже слабым воздействиям раздражителя. При органических поражениях головного мозга отмечается выраженное

обострение контактной чувствительности или «*синдром эпикритической гиперестезии*», связанный с гиперактивацией сенсорных систем. При ***психической гиперестезии*** больной может проявлять беспокойство или даже испытывать болевые ощущения от простого дневного света, жаловаться на болевые ощущения при незначительных прикосновениях и т.п.

Одна из форм психической гиперестезии – *гипералгезия,* характеризующаяся аномально высокой чувствительностью организма к болевым стимулам. Болевой синдром при гипералгезии всегда связан с эмоциональным состоянием больного и изменяется в зависимости от колебаний психоэмоционального фона. При депрессивном синдроме отмечаются суточные колебания возникновения и интенсивности болевых ощущений. В клинической практике достаточно часто «психогенная» боль (*хроническая боль)* дополняет картину психопатологического депрессивного синдрома, и, как правило, в рамках невротических расстройств. «Весьма актуальной в клинической практике является проблема маскированной депрессии, где хроническая боль выступает одной из масок депрессии, приводя этих пациентов чаще к терапевтам и неврологам, нежели к психиатрам» [31, с. 368].

Психические формы гиперестезии наблюдаются при неврозах, органических поражениях головного мозга, интоксикации некоторыми веществами, на начальных этапах помрачения сознания, при острых психозах.

Парестезия – качественное изменение информации (искажение), поступающей с рецептора в корковый отдел анализатора. Характеризуется появлением неприятных ощущений на поверхностности тела при отсутствии реальных раздражителей. Это могут быть ложные ощущения жжения, чувства стягивания кожи, резей, покалывания, чувство онемения или охлаждения конечностей и др. Одной из важных характеристик парестезии является отсутствие чёткой локализации, болевые ощущения изменчивы, у них разная продолжительность и разная интенсивность.

Парестезии наблюдаются при механическом повреждении периферических нервов, авитаминозах, неврологических или сосудистых заболеваниях.

Сенестопатия – занимает промежуточное положение между парестезией и висцеральной галлюцинацией, так как не имеет связей с реальным раздражением периферического отдела анализатора и чёткой локализации. Больные жалуются на неприятные и весьма тягостные ощущения: непонятное давление, какое-то шевеление во внутренних органах, их увеличение или трансформацию, перекатывание и дрожание, «прилипание» и пр. При этом больные затрудняются и путаются в описании своих ощущений.

Сенестопатии наблюдаются при депрессии, шизофрении и органических поражениях головного мозга.

4.2. Нарушения восприятия

***Восприятие** – познавательный психический процесс, обеспечивающий целостное отражение (перцептивный образ) предметов и явлений окружающего мира, возникающее на основе ощущений и в тесном взаимодействии с мышлением, памятью, вниманием.*

Восприятие возникает при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств и имеет субъективную аффективно-эмоциональную окраску. Основным отличием восприятия от ощущения является предметность осознания или объективация (процесс, благодаря которому синтез отдельных ощущений преобразуется в восприятие целостного образа).

Расстройства восприятия условно разделяют на четыре группы: агнозии, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства (см. рис. 12).



Рис. 12. Виды нарушений восприятия

Агнозия – это нарушение различных видов восприятия при сохранности элементарных ощущений и сознания. Возникает при поражении вторичных (проекционно-ассоциационных) полей коры головного мозга, ответственных за анализ и синтез информации, что приводит к нарушению процесса распознавания определённой серии предъявляемых стимулов и, как следствие, к нарушению их восприятия (А.Р. Лурия).

Различают следующие **виды агнозий:** зрительная, слуховая, тактильная, оптико-пространственная (см. рис. 13).



Рис. 13. Виды агнозий

Зрительные агнозии характеризуются невозможностью узнавать и определять информацию, поступающую через зрительный анализатор при сохранности функции зрения. Выделяют следующие виды зрительных агнозий:

– *предметная* (нарушение узнавания различных предметов);
– *прозопагнозия* (нарушение узнавания знакомых лиц при сохранном предметном гнозисе);

– *цветовая* (неспособность подбирать одинаковые цвета или оттенки, определять принадлежность какого-либо цвета к определённому объекту);
– *буквенная* (невозможность синтеза отдельных признаков в целостное восприятие буквы);
– *симультанная* (невозможность одновременно воспринимать нескольких зрительных объектов или ситуации в целом вследствие функционального сужения зрительного поля).

Б.В. Зейгарник выделила также *псевдоагнозию*, которая характеризуется нарушением восприятия как структуры, так и формы объекта, при этом нарушается осмысленность и обобщённость образа. У больных, чаще всего при деменции, затруднение вызывает соотнесение схематических рисунков образа предмета или объекта с его целостным восприятием, они не могут, к примеру, узнать нарисованный пунктиром предмет, то есть нарушается процесс обобщения и интеграции схематических признаков предмета в единый перцептивный образ. При демонстрации ситуативных картинок больные не улавливают смысла сюжета, при этом способны в точности описать отдельные детали, но только те, на которых фиксируют свой взгляд. Несущественные элементы рисунка становятся центром внимания и ведут к неверному определению предмета, при этом выпадают смысловые компоненты сюжета.

Появление феномена псевдоагнозий связано с выпадением и расстройством смысловых компонентов, которые приводят к патологии восприятия. Б.В. Зейгарник отмечает: «Восприятие, освобождённое от организующей роли мышления, легко становится диффузным, недифференцированным, и это является причиной его структурного распада» [64, 107].

Слуховые агнозии характеризуются нарушением распознавания звуков и речи, при сохранной функции слухового анализатора. Выделяют следующие виды:

- *простая слуховая агнозия* – невозможность распознавания определённых звуков (постукивание, тиканье часов, щелчки и т. п.);
- *слухоречевая агнозия* – невозможность идентификации речи (услышанные слова воспринимается больным как набор незнакомых звуков);
- *тональная агнозия* – невозможность распознавания оттенков голоса (больные не различают тона, тембра, эмоциональной окраски голоса, при этом сохраняется понимание семантики слова).

Тактильные агнозии характеризуются нарушением опознания предметов на ощупь. В клинике выделяют следующие её виды:

- *астереогнозия* – невозможность восприятия предмета в целом при сохранности идентификации его отдельных параметров;
- *соматоагнозия* – нарушение восприятия отдельных частей своего тела, невозможность оценки их положения относительно друг друга, т.е. нарушение восприятия *схемы тела*.

Оптико-пространственные агнозии характеризуются нарушением ориентации в пространстве и неспособностью к дискретно-логическому анализу пространственных отношений. А.Р. Лурия рассматривал оптико-пространственные аномалии как дефект синтеза информации различных модальностей [33]. Выделяют следующие виды оптико-пространственных агнозий:

- *агнозия глубины* – невозможность локализации объектов в трёхмерном пространстве, неспособность определять пространственные отношения между объектами (расстояния до объекта, его параметры, отношения «ближе-дальше», «выше-ниже»);
- *нарушение топографической ориентировки* – невозможность ориентировки в знакомом месте, а также в планах, схемах, картах (больной не может найти свой дом, путается в планировке собственной квартиры, при этом память остаётся сохранной);
- *односторонняя пространственная агнозия* – нарушение гнозиса, при котором не воспринимается, как правило, левая половина пространства.

Агнозии наблюдаются при органических поражениях головного мозга, атрофической деменции (болезнь Альцгеймера), при некоторых неврологических состояниях.

Иллюзия – это искажённое восприятие реально существующего предмета или явления. Возникновение иллюзий связано как с ограниченными возможностями самого процесса человеческого восприятий, так и с различными психическими состояниями человека.

Следует особо подчеркнуть, что наличие отдельных иллюзий в субъективном восприятии свидетельствует о нервно-психической напряжённости или переутомлении человека. В том случае, когда иллюзорное восприятие становится проявлением психического расстройства, правомерно говорить о патологических иллюзиях.

Особенности формирования высших психических функций в детском возрасте, в частности не полностью сформированные сенсорно-перцептивные схемы образов предметов и явлений (*когнитивные конструкты*), детерминируют довольно частое возникновение иллюзий восприятия у детей. Также иллюзии могут наблюдаться при инфекционных заболеваниях и интоксикациях, при невротических реакциях и неврозах, при психопатиях, эпилепсиях и детской шизофрении. Иллюзии могут регистрироваться даже в очень раннем возрасте (от 1,5-2 лет) у детей, способных к вербализации собственных переживаний (Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова) [155].

Иллюзии классифицируют исходя из основных причин, лежащих в основе расстройства восприятия, а именно: *психических, физических* и *физиологических* (см. рис. 14).

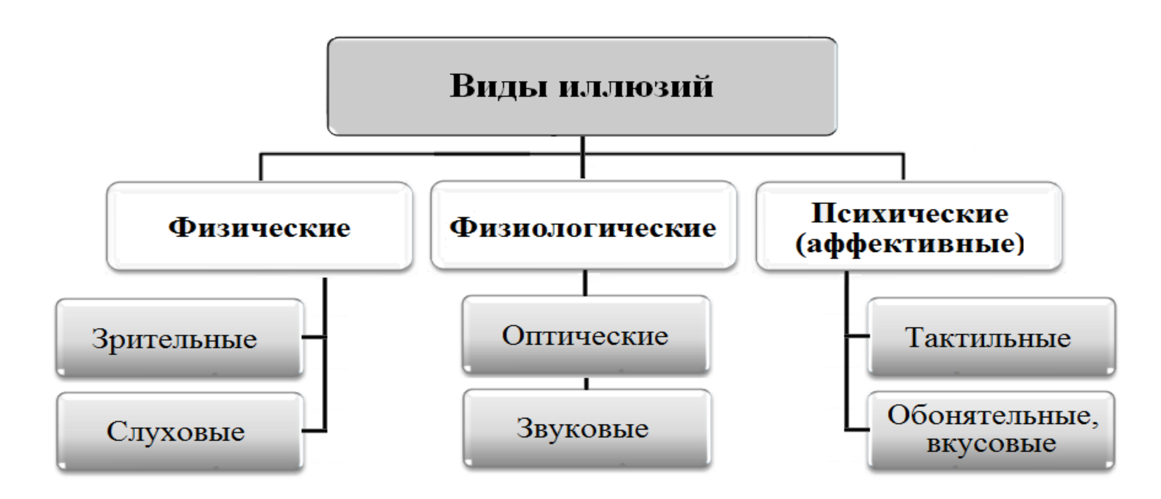


Рис. 14. Виды иллюзий

Физические иллюзии обусловлены особенностями среды, в которых находится воспринимаемый объект, и объясняются объективными физическими законами, независящими от человека. Например, ложка, находящаяся в прозрачном стакане, наполовину заполненном водой, кажется изломанной в месте границы жидкости и воздуха. Различают *оптические* и *звуковые* физические иллюзии.

Физиологические иллюзии возникают в связи с условиями функционирования рецепторов. Так, после пребывания на морозе холодная вода воспринимается тёплой, при надавливании сбоку на глазное яблоко, предмет, на который направлен взгляд, воспринимается как раздвоенный и т.д. Различают физиологические иллюзии по сенсорной модальности (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые).

Психические иллюзии – это искажённое восприятие, обусловленное психологическими причинами, такими, как негативные психические состояния (переутомление, эмоциональное напряжение, стресс и т.п.), нарушение процесса внимания и ассоциативного процесса мышления, органические повреждения мозга.

Выделяют следующие виды психических иллюзий:

- *аффектогенные иллюзии* – это иллюзии разной сенсорной модальности, возникающие под влиянием сильных эмоций и при наличии специфических внешних условий (слабая освещённость, слышимость). Содержание такой иллюзии всегда связано с ведущим аффектом. Так, человек с повышенной тревожностью, идущий ночью домой, может слышать голоса мнимых преследователей. Ребёнок, вошедший в тёмную комнату, видит фигуру у окна и пугается;
- *Парейдолические иллюзии* – это особый психический феномен, характеризующийся визуальным изменением конфигурации зрительных образов на основе деталей реального объекта (в рисунках покраски, обоев человек видит лица, движущиеся фигуры зверей и т.п.). У людей с психическими расстройствами парейдолические иллюзии зачастую трансформируются в галлюцинации, что является характерным симптомом для определённого типа психоза.

Парейдолические иллюзии наблюдаются на начальной стадии алкогольного делирия, мании, депрессии.

К особому виду зрительных иллюзий относят ***дереализационные расстройства***, при которых наблюдается аномалии восприятия объектов (В.Д.Менделевич, 2008). К ним относятся:

- *микропсия* (уменьшение) и *макропсия* (увеличение) – нарушение восприятия в виде изменения размеров окружающих предметов;
- *метаморфопсия* – нарушение восприятия в виде изменения формы предметов;
- *дисмегалопсия* – расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов;
- *порропсия* – нарушение восприятия в виде изменения расстояния до объекта.

Дереализационные расстройства могут также проявляться в феноменах *жаме-вю* (никогда не виденного) в отношении знакомой обстановки, *дежа-вю* (уже виденного) – восприятие новой обстановки как хорошо знакомой, в феноменах ***восприятии времени***. Больные в маниакальном состоянии воспринимают течение времени ускоренным, по сравнению с реальностью (тахихрония). В депрессивном состоянии, наоборот, субъективное восприятие времени замедляется (брадихрония).

Феномены дереализации наблюдаются при психических расстройствах экзогенной этиологии.

Галлюцинации – это сложные расстройства ощущений и восприятия, характеризующееся возникновением в сознании образов или явлений (различной сенсорной модальности) без воздействия реального внешнего раздражителя.

Галлюцинации могут возникать как у здоровых людей (в состоянии депривации сна, сенсорной депривации, наркотического и алкогольного опьянения, глубокого гипноза), так и у людей с психическими заболеваниями.

Классифицируют галлюцинации по степени сложности, по сенсорной модальности, по механизму образования, по условиям возникновения (см. рис.15).



Рис. 15. Виды галлюцинаций

В зависимости от количества задействованных анализаторов выделяют ***простые*** и ***сложные галлюцинации***. В формировании простых галлюцинаций задействован какой-либо один анализатор (зрительный, тактильный, слуховой и т.д.). При сложных галлюцинациях задействованы сразу несколько анализаторов, человек может видеть сложные объекты, слышать музыку, речь, ощущать запах мнимого объекта и чувствовать его на ощупь.

В зависимости от типа анализатора, обеспечивающего формирование образа, различают *зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, тактильные и висцеральные* галлюцинации. Чаще всего в клинической практике встречаются зрительные и слуховые галлюцинации.

Так, к простым ***зрительным галлюцинациям*** относят *фотопсии* (движущиеся мушки, точки, пятна, фигуры), а к сложным – *зоопсии* (несуществующие животные), *антропоморфные* (людей), *экстракампинные* (человек «видит» позади себя), *аутоскопические* (человек «видит» свой собственный образ со стороны) и др.

К простым ***слуховым галлюцинациям*** относят *акоазмы* (оклики, шумы, свист, плач), а к сложным – фонемы или «голоса» (патологическое восприятие слов, фраз, разговоров, речи). При психических патологиях «голоса» могут быть как нейтральными по содержанию, так и оскорбительно-угрожающими. Наибольшую опасность – как отмечает И.Ю. Левченко, – для больного и его окружения носят *императивные* галлюцинации, которые носят форму приказов выполнить какое-либо действие. Больной не в состоянии сопротивляться этим приказам, выполняет их или просит ограничить его в действиях, чтобы не случилось беды.

Вкусовые и обонятельные галлюцинации возникают в виде ощущений либо неприятного вкуса во рту (вне зависимости от употребляемого продукта), либо присутствием нереального запаха, чаще всего по описанию – гнилостного и зловонного (сероводорода, гнили, трупа, нечистот и др.)

Тактильные галлюцинации характеризуются ощущением внешнего воздействия на тело человека без участия объективных раздражителей. Различают: *термические галлюцинации* (ощущение неприятного прикосновения к телу, ползания по коже или под ней различного рода насекомых), *гигрические галлюцинации* (ощущение появления на теле жидкости), *гаптические галлюцинации* (ощущения давления на поверхность тела, резкого хватания), *эротические галлюцинации* (тактильное ощущение сексуального характера).

Висцеральные галлюцинации характеризуются ощущением присутствия в собственном теле каких-либо живых существ, предметов, посторонних органов. Так, больные утверждают, что в их теле находятся какие-то животные (черви, лягушки, змеи и др.), которые причиняют им боль, поедают принятую ими пищу, нарушают сон и т.д. В отличие от сенестопатий, висцеральные галлюцинации имеют ясную чёткость образа с соответствующими параметрами размеров, характеристиками цвета и движения.

Гипнагогические *и* ***гипнопомпические галлюцинации*** возникают у психически здоровых людей на фоне нервного истощения и переутомления. Так, при засыпании могут возникать гипнагогические образы, как правило, зрительные или слуховые, напоминающие события прожитого дня, при пробуждении могут возникать гипнопомпические образы.

Функциональные галлюцинации характеризуются наличием реального раздражителя, действующего на органы чувств, соответствующей воздействию раздражителя длительностью восприятия (воспринимается и заканчивается одновременно с ним). Так, тиканье часов больной может воспринимать как тихий голос, который ему что-то говорит, как только убрать часы – ощущения исчезают. Именно такой специфичностью функциональные галлюцинации отличаются от иллюзий и от истинных галлюцинаций.

Психогенные галлюцинации возникают вследствие психической травмы. Выделяют *доминантные, эйдетические, индуцированные* психогенные галлюцинации.

- *доминантные* (зрительные или слуховые) галлюцинации возникают на фоне сильного эмоционального потрясения и отражают содержание психической травмы (человек, потерявший своих близких, видит их или слышит их голос);

- *эйдетические галлюцинации* возникают, как правило, в форме слуховых персевераций (навязчивое звучание похоронной музыки, рыданий и т.п.);
- *индуцированные галлюцинации* возникают во время массового психоза по типу взаимовнушения и самовнушения.

Объекты, порождённые галлюцинацией, могут быть автономными и существовать отдельно от реальности, но также могут вступать во взаимодействие с реальными объектами окружающего мира. По этому признаку галлюцинации разделяют на *истинные* и *ложные* (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации характеризуются проекцией мнимого образа во внешнее пространство – конкретную обстановку, в которой находится человек и обладают такой чувственной ясностью и достоверностью, что человек полностью отождествляет их с действительностью. Больные абсолютно уверены в том, что они видят и слышат, их поведение в большинстве случаев соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний. Больные убеждены в том, что и окружающие люди видят и слышат то же самое (Э. Крепелин, 1910).

Истинные галлюцинации наблюдаются при экзогенных психозах.

Ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации), в отличие от истинных, характеризуются возникновением мнимого образа во внутреннем – интрапсихическом пространстве. Характерными признаками псевдогаллюцинаций В.Х. Кандинский считал чувственную активность, спонтанность и настойчивость образа, относительную независимость от воли и мышления больного. При псевдогаллюцинациях нет полной чувственно-телесной ясности образов, они не сливаются с окружающей обстановкой, воспринимаются больными как нечто субъективное и сильно отличающееся от реальных образов. Больные относятся к ним как к сверхъестественным явлениям, вызванным каким-то таинственным воздействием [68].

Истинные и ложные галлюцинации чаще всего сопровождаются бредовыми идеями и аффективными реакциями. При хроническом характере заболевания галлюцинаторные переживания больных становятся систематизированными и устойчивыми.

Псевдогаллюцинации наблюдаются при эндогенных психозах.

4.3. Нарушения внимания

Внимание *– это психический процесс, обеспечивающий направленность и сосредоточенность психической деятельности, сознания человека на определённые предметы и явления.*

Феноменология внимания как психического процесса была и остаётся одной из сложных и дискуссионных проблем в психологии. В отличие от других познавательных процессов внимание выступает в качестве активатора любого психического акта, интегратора и регулятора протекания всей психической деятельности (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн). «Внимание связано с изменением строения психических процессов, с превращением их в направленную деятельность» [156, с. 496-497].

По мнению П.Я. Гальперина, внимание не представляет собой самостоятельного психического процесса как отдельной формы психической деятельности, так как не имеет

своего специфического продукта и не может проявляться вне других процессов, оно проявляется в направленности психической деятельности, и может быть рассмотрено только как свойство этой деятельности.

Л.М. Веккер определяет внимание как ***сквозной*** психический процесс, тесно взаимосвязанным со всеми промежуточными уровнями организации психических явлений, располагающимися между исходными сенсорно-перцептивными процессами и сознанием как интегральной психической структурой [32].

Основной функцией внимания, по мнению А.Р. Лурии, является «избирательный характер сознательной деятельности», проявляющийся во всех психических актах. «Внимание человека определяется структурой его деятельности, отражает её протекание и служит механизмом её контроля» [106, с. 164-171].

А.Р. Лурия выделил две группы факторов, при которых внимание обеспечивает избирательный характер психических процессов, определяя направленность, объем и устойчивость сознательной деятельности.

1. *Первая группа* включает в себя факторы, характеризующие структуру «внешнего поля» воздействия: *интенсивность* раздражителя (принцип «высшей доминанты» по А.А. Ухтомскому) и *новизну* раздражителя, обуславливающие направленность внимания, а также фактор *структурной организации*, определяющий объем внимания.
2. *Вторая группа* факторов, определяющих направленность внимания, характеризует структуру «внутреннего поля» воздействия. В неё входят *потребности, интересы* и *установки* субъекта, оказывающие влияние как на процесс восприятия, так и на протекание сознательной деятельности в целом. Внимание в данном случае выступает в качестве контрольного механизма аппарата «акцептора действия».

На основании представлений А.Р. Лурии о феномене внимания Е.Д.Хомская выделяет несколько форм внимания, соответствующих тем процессам, в которых оно реализуется [106 с.139]. К этим формам относятся сенсорное, двигательное, эмоциональное и интеллектуальное внимание (см. рис. 16).



Рис. 16. Формы внимания по Е.Д. Хомской

Сенсорное внимание – это процесс избирательного выделения сенсорного стимула по интенсивности и новизне в пределах сенсорной модальности действующего раздражителя (зрительный, слуховой, тактильный и др.). Реализуется при посредстве анализаторов в процессе восприятия информации.

Двигательное внимание – это процесс направленного осознания, избирательной регуляции и контроля движений, действий, навыков, автоматизированных актов.

Эмоциональное внимание характеризуется избирательной направленностью на эмоционально-значимый стимул, тесной связью с процессом запечатления информации (процессами импринтинга).

Интеллектуальное внимание активизируется при осуществлении ментальных операций и интеллектуальной деятельности (ментальная сосредоточенность, поддерживающая активность мыслительного процесса).

Генез внимания, отмечал Л.С. Выготский, это история развития организованного поведения человека. Два самостоятельных уровня внимания: непроизвольное и произвольное относятся друг к другу так, как логическая память к мнемическим функциям или как мышление в понятиях к синкретическому мышлению. Непроизвольное внимание - физиологически обусловленная функция, произвольное внимание формируется по мере становления всех других психических функций и является, прежде всего, социально обусловленным типом внимания. Путь от непроизвольного к произвольному вниманию заключается в переходе от непосредственных операций к операциям опосредованным [39].

Нарушения внимания наблюдаются при определённых локальных поражениях головного мозга, астенических и аффективно-эмоциональных состояниях, при различных психических и соматических заболеваниях. Патологические нарушения внимания, которые необходимо учитывать в клинической практике, проявляются в таких формах, как: невнимательность (рассеянность и слабая концентрация), неустойчивость (гиперметаморфоз), сужение объёма, истощаемость и инертность (см. рис. 17).

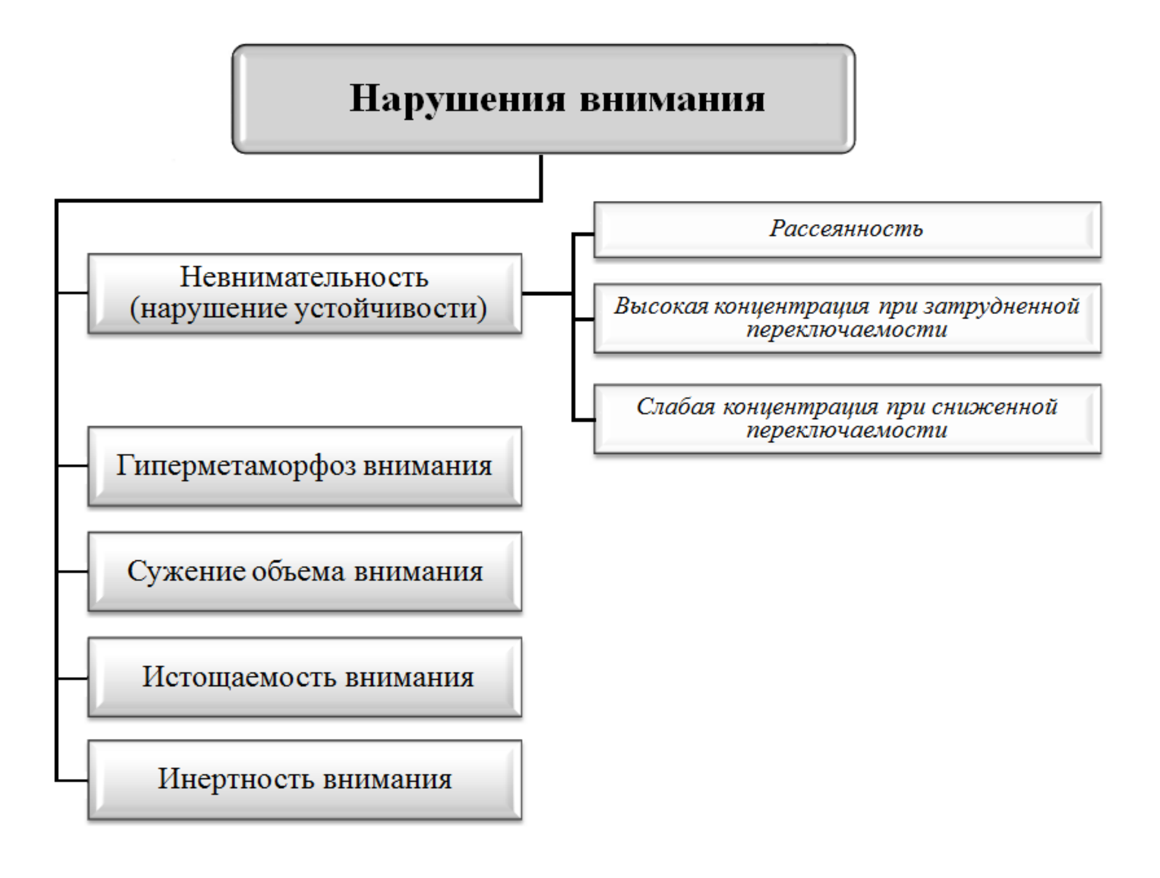


Рис.17. Формы нарушений внимания

Невнимательность характеризуется нарушением концентрации внимания при воздействии побочных раздражителей или в процессе переключения внимания. В зависимости от различных механизмов, лежащих в основе формирования невнимательности, выделяют несколько её видов:

1. *Рассеянность* – лёгкая непроизвольная переключаемость малоинтенсивного внимания (наблюдается в раннем детстве, а также у детей и взрослых при астенических состояниях, неврозах разной этиологии, при ряде соматических расстройств, при физическом и умственном переутомлении и др.).
2. *Высокая концентрация при затруднённой переключаемости* интроинтенсивного внимания (наблюдается у людей, сосредоточенных на каком-либо одном деле, например, у учёных и творческих людей, сосредоточенных на своих мыслях, а также при психических расстройствах, для которых характерны сверхценные и навязчивые идеи) [122, с. 199].
3. *Слабая концентрация при сниженной переключаемости* обусловлена снижением подвижности нервных процессов, характеризуется не только очень слабым сосредоточением внимания, но ещё более слабой переключаемостью (наблюдается у людей пожилого возраста, при церебральном атеросклерозе, хроническом алкоголизме, наркомании, на поздних стадиях шизофрении).

Гиперметаморфоз **–** характеризуется чрезмерной неустойчивостью и подвижностью внимания, обусловленной сверхвысокой отвлекаемостью, что отражается в скачкообразном характере деятельности и её деструктивности (наблюдается у детей с синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), при острых экзогенных психозах и органических повреждениях мозга).

Сужение объёма внимания выражается в патологическом сосредоточении внимания, обусловленном слабостью его распределения. Взрослый больной одновременно может воспринимать не более 2-3-х единиц информации (при норме 5-6 единиц). Сужение объёма внимания наблюдается при опухолях и травматических поражениях головного мозга, невротических расстройствах и некоторых соматических заболеваниях.

Истощаемость внимания характеризуется прогрессирующим ослаблением активности внимания в процессе работы. Проявляется в резком снижении качества и темпа выполнения задания. В клинике чаще всего наблюдается при некоторых соматических заболеваниях, черепно-мозговых травмах и сосудистых заболеваниях мозга, неврозах и психозах различной этиологии.

Инертность внимания характеризуется малоподвижностью, заторможенностью переключения внимания или его патологической фиксацией. Наблюдается при локальных поражениях головного мозга, при эпилепсии, психопатиях паранойяльного и шизоидного типа, при шизофрении.

Описанные нарушения внимания, а именно невнимательность, гиперметаморфоз, истощаемость являются характерными признаками *синдрома дефицита внимания и гиперактивности* (СДВГ), в большей мере проявляющегося в детском возрасте и обуславливающего всё последующее психическое развитие ребёнка. Клиническая картина данного синдрома крайне разнообразна и зависит от характера, степени, масштаба нарушений и особенностей возрастной динамики. Многие психологические признаки,

которые наблюдались на ранних стадиях развития ребёнка, могут измениться и нивелировать с возрастом.

В настоящее время синдром дефицита внимания и гиперактивности рассматривается как следствие нарушения развития нервной системы, на ранних стадиях онтогенеза. Один из основных факторов этиологии заболевания считается постнатальная патология нервной системы с нарушением согласованной работы церебральных структур, обеспечивающих контроль внимания и организацию поведения. Поведенческие расстройства взрослых с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, как правило, менее выражены, но не менее опасны. Расстройства внимания у них отражается в трудности сосредоточения на каком-либо вопросе или задаче, лёгкая отвлекаемость, ошибки в работе, рассеянность и т. д.

Как отмечает В.Д. Менделевич [116], проявление патологического функционирования внимания у детей с СДВГ наблюдается в ряде клинических симптомов, их основные характеристики представлены в таблице 5.

Таблица 5

Клинические признаки синдрома дефицита внимания и гиперактивности
(по В.Д. Менделевичу)

п/п	Клинические симптомы
1.	Двигательная расторможенность (сидя на стуле, корчится, извивается).
2.	Неусидчивость (не может усидеть на месте, когда это требуется).
3.	Лёгкая отвлекаемость на посторонние стимулы.
4.	Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях в коллективе).
5.	Склонность отвечать, не выслушав до конца вопроса.
6.	Сложность включиться в работу (не связанная с недостаточным пониманием или негативным поведением).
7.	Сложность сохранять внимание длительное время как при выполнении заданий, так и во время игр.
8.	Частый переход от одного незавершённого действия к другому.
9.	Бурные эмоциональные реакции (не может играть тихо и спокойно).
10.	Повышенная вербальная активность (болтливость).
11.	Склонность мешать другим, «приставать» к окружающим.
12.	Невнимание или игнорирование обращений в собственный адрес.
13.	Отсутствие контроля за своими вещами (игрушками, карандашами, книгами и т.д.).
14.	Отсутствие контроля за своими действиями и прогноза последствий.

Нарушение внимания является одним из самых важных симптомов патологического состояния мозга, отмечал А.Р. Лурия, а потому изучение разных форм и уровней нарушений внимания у больных с локальными поражениями позволяет понять и раскрыть общие – системные механизмы функционирования головного мозга.

Нейропсихологические исследования позволили выделить две категории нарушений при локальных поражениях головного мозга – *модально-неспецифические и модально-специфические* нарушения внимания (см. рис.18).



Рис. 18. Нарушения внимания при локальных поражениях головного мозга

При поражении ***модально-неспецифических структур*** мозга проявляются следующие нарушения внимания [185]:

- *Нижние отделы ретикулярной формации* – низкий уровень концентрации внимания, быстрая истощаемость, резкое сужение объёма. У таких больных произвольный уровень регуляции внимания относительно сохранен, страдают значительно больше первичные непроизвольные формы внимания. Е.Д. Хомская выделяет эту особенность как возможность компенсации дефекта «посредством обращения к высшим смысловым категориям при помощи речевой регуляции деятельности» [107, с. 277].
- *Диэнцефальные отделы, лимбическая система* – нарушения внимания на этом уровне проявляются в достаточно грубых формах, и характеризуется крайне низким уровнем активации внимания, в ряде случаев в сочетании с нарушениями памяти и сознания. Отсутствуют компенсаторные механизмы. Такие больные, как отмечает Е.Д. Хомская, вообще не в состоянии сосредоточиться на какой-либо деятельности вследствие ослабления механизмов произвольной регуляции.
- *Медиобазальные отделы лобных и височных долей* – низкий уровень произвольного внимания в сочетании с патологически усиленным непроизвольным вниманием (гипертрофированная ориентировочная реакция). Бесконтрольная реактивность,

проявляющаяся в расторможенности элементарных форм ориентировочной деятельности. Произвольный речевой контроль у таких больных не оказывает никакого компенсирующего влияния.

При поражении ***модально-специфических структур*** нарушение внимания обнаруживается исключительно в отношении к стимулам какой-либо одной модальности (зрительной, слуховой, тактильной, кинестетической) в зависимости от локализации очага поражения в корковых зонах определённых анализаторных систем.

Как отмечает Е.Д. Хомская, модально-специфические нарушения неправомерно расценивать как нарушения восприятия, интеллектуальные дефекты или непонимание инструкции, так как в данном случае речь идёт об игнорировании определённых стимулов преимущественно при одновременном предъявлении двух стимулов [185].

- *Зрительное невнимание* характеризуется игнорированием одного из двух зрительных стимулов (чаще левого), представленных в одном поле зрения.
- *Слуховое невнимание* – при предъявлении двух разных звуков или слов одновременно в два уха одно из них игнорируется.
- *Тактильное невнимание* – при одновременном касании с одинаковой интенсивностью одних и тех же участков кистей рук (левой и правой) игнорируется одно из прикосновений (чаще левое).
- *Двигательное невнимание* – при одновременном выполнении разных движений двумя руками наблюдается феномен «отключения» одной руки (чаще левой) в процессе выполнения действий. Больной продолжает совершать движения только одной рукой и не реагирует на бездействие другой.

4.4. Нарушения памяти

Память *– форма психического отражения, заключающаяся в запечатлении, сохранении и последующем воспроизведении следов информации прошлого опыта.*

Память представляет собой один из основных познавательных процессов, в тесной взаимосвязи с процессом внимания обеспечивающий согласованность и упорядоченность всей психической деятельности. А.Р. Лурия рассматривал память как сложную функциональную систему, включающую в себя ряд звеньев или подструктур, посредством которых происходит кодирование поступающей в мозг информации, её консолидация и извлечение в процессе психической деятельности.

Л.М. Веккер определяет память как «универсальный интегратор психики», который объединяет не только отдельные когнитивные единицы и затем их совокупности (перцепты, когнитивные схемы и т.д.), но и различные когнитивные процессы (сенсорные, перцептивные и мыслительные) в целостную систему интеллекта [32]. Будучи важнейшей характеристикой всех психических процессов, память обеспечивает единство и целостность человеческой личности (А.В. Петровский,1976).

В настоящее время существует несколько подходов к классификации памяти. Наиболее обобщённая классификация включает в себя различные виды памяти по трём категориям: по характеру преобладающей психической активности, по степени волевого усилия, по продолжительности закрепления и сохранения материала (рис. 19).



Рис. 19. Классификация основных видов памяти

Основными процессами (механизмами) памяти являются:

- *запоминание* (запечатление) – длительность формирования следов памяти;
- *сохранение* – объем запечатлённой информации, прочность и продолжительность её удержания;
- *узнавание* – точность идентификации перцептивного образа;
- *воспроизведение* – точность считывания хранящейся информации и скорость её извлечения;
- *забывание* – скорость исчезновения информации (следов памяти) при проактивном (со стороны предшествующего возбуждения), ретроактивном (со стороны последующего возбуждения), интерферирующем (побочном), личностном (мотивационном) воздействии.

Забыванию в первую очередь подвержена та информация, которая не является актуальной в повседневной деятельности человека. Существуют следующие ***законы памяти***:

- ➢ *кривая забывания Эббингауза* – забывание особенно интенсивно происходит непосредственно после заучивания и не имеет линейной зависимости;
- ➢ *эффект Зейгарник* – незавершённые действия запоминаются лучше завершённых;
- ➢ *закон «регрессии памяти»* при её дисфункции *(Т.А. Рибо)* – сначала нарушается сохранение в памяти недавних событий, затем нарушается воспроизведение накопленной ранее информации, постепенно амнезия охватывает весь интеллектуальный запас, сохранными остаются только некоторые автоматизмы и бытовые навыки. Восстановление памяти происходит в порядке обратном её разрушению.

Как отмечает Е.Д. Хомская, при различных патологических состояниях, в том числе и при локальных поражениях мозга, по-разному нарушаются отдельные процессы памяти. Так,

запечатление и воспроизведение следов информации, по мнению автора, в большей мере подвержены нарушению [185, с. 255].

Патологические изменения памяти являются закономерными для экзогенно-органических психических расстройств (черепно-мозговые травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга, нейроинтоксикации), в этих случаях они отличаются стойкостью, необратимостью или слабой обратимостью в зависимости от масштаба поражения отдельных звеньев функциональной системы мозга (Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин, 2002). В то же время аномалии мнестических процессов характерны для всего спектра наблюдаемых в клинической практике психических расстройств экзогенной и эндогенной этиологии. Так же как обширна природа возникновения самих психических расстройств, разнообразны и проявления нарушений памяти, вариативны и результаты психотерапевтических воздействий.

В силу своей функциональной специфичности (интеграции всех процессов жизнедеятельности человека) процессы памяти и внимания выступает индикаторами нарушения целостной системы личности, в том числе её эмоционально-волевой, мотивационной и интеллектуальной сферы. Так, нарушение памяти, в частности, спектральные характеристики колебаний объёма, является показателем невротического состояния, базовыми детерминантами которого являются мотивационные и эмоциональные расстройства (Б.Д. Карвасарский, 2004). Нарушение процессов запечатления и воспроизведения информации в сочетании с нарушением концентрации внимания и ясности сознания характеризует мышление больных с маниакальным синдромом (Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин, 2002).

Одна из общепринятых классификаций нарушений памяти построена по принципу количественных и качественных изменений, проявляющихся при нарушении мнестических процессов (см. рис.20).



Рис. 20. Формы нарушения памяти

Гипермнезия – это обострение памяти, резкое увеличение объёма и прочности сохранения информации по отношению к нормальным показателям. Известны отдельные случаи врождённой «сверхпамяти» у здоровых людей. В клинической практике гипермнезии встречается в нескольких формах. Так, значительное усиление механической памяти при столь же значительном ухудшении показателей логико-смысловой памяти наблюдается у людей с отклонением в развитии (например, *синдром саванта).* Однако чаще всего при гипермнезии запоминание может оставаться на обычном уровне, а воспроизведение – резко усиливаться.

Гипермнезии наблюдаются при паранойяльной психопатии, маниакальных и гипоманиакальных состояниях, бредовом синдроме, иногда при делириозном помрачении сознания.

Гипомнезия – ослабление или болезненное снижение функционала памяти, при котором страдают все характеристики памяти. Гипомнезия может иметь как временный, эпизодический, так и прогрессирующий характер. При прогрессирующем характере наблюдается определённая последовательность: первоначально ослабевает произвольное воспроизведение, затем возникают затруднения в удержании нужной информации и после этого в её сохранении. Так, на начальных стадиях отмечается ослабление памяти преимущественно на текущие события и сведения справочного характера (имена, даты, лица, отдельные действия и т.п.), снижение способности вспомнить необходимую информацию в нужное время. В дальнейшем могут наблюдаться проблемы с восстановлением прошлых

событий и эмоционально значимых воспоминаний, что указывает на переход гипомнезии в стадию амнезии (В.А. Жмуров, 1986).

Гипомнезия наблюдается при органических повреждениях и сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклероз), психогенной астении, депрессии, посттравматическом стрессовом расстройстве, врождённом или приобретённом слабоумии.

Амнезия – утрата способности сохранять и воспроизводить ранее усвоенную информацию, а в некоторых случаях и невозможность фиксировать её. При амнезии больной не может ориентироваться в окружающей обстановке и приспособиться к ней (амнестическая дезориентировка). В случае успешного восстановления памяти воспоминания возвращаются согласно *закону Рибо* в хронологическом порядке, начиная с самых ранних. Однако воспоминания о последних событиях, предшествовавших амнезии, зачастую не возвращаются никогда.

Выделяют следующие клинические формы амнезии: *ретроградная, конградная, антероградная, фиксационная, прогрессирующая*.

Ретроградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях, предшествовавших травме или приступу заболевания, сопровождавшегося глубоким угнетением сознания.

Конградная амнезия **–** полная или частичная утрата воспоминаний о событиях острого этапа болезни (периода нарушенного сознания – оглушения разной степени).

Антероградная амнезия – утрата способности сохранять информацию, поступающую в посттравматический период или после завершения острого кризиса заболевания. При этом больной правильно ориентируется в окружающем, доступен контакту и отвечает на поставленные вопросы, вместе с тем впоследствии он даже фрагментарно не может воспроизвести события, происходившего накануне. В случаях проявления ретроградной амнезии в сочетании с антероградной говорят о ретроантероградной амнезии.

Ретроградная и антероградная амнезия наблюдаются после травматического шока различной этиологии, острого периода мозговой катастрофы, алкогольного отравления, а также при посттравматическом стрессовом расстройстве, острых инфекционных заболеваниях и др.

Фиксационная амнезия – резкое снижение или полная утрата способности длительно сохранять вновь поступающую информацию в памяти. Больные не в состоянии запомнить ничего из настоящего, но хорошо помнят события прошлого, предшествующего травме или началу заболевания. Вследствие нарушения контроля происходящих событий в настоящем больные дезориентированы в окружающем и собственной личности, что делает их практически беспомощными, неспособными к какой-либо целенаправленной деятельности. Фиксационная амнезия является центральным звеном ***синдрома Корсакова***.

Фиксационная амнезия наблюдается при хронических сосудистых поражениях головного мозга (атеросклеротическая деменция), внезапных мозговых катастрофах (интоксикация, черепно-мозговая травма, асфиксия, инсульт и др.).

Прогрессирующая амнезия **–** последовательное выпадение из памяти все более глубоких слоёв в результате прогрессирующего органического заболевания. Распад памяти происходит согласно закону Т.А. Рибо.

Прогрессирующая амнезия наблюдается при атеросклерозе сосудов головного мозга, болезни Альцгеймера, болезни Пика, сенильной деменции.

Парамнезия – искажение или извращение содержания воспоминаний, подмена реальных событий вымышленными либо смешение событий прошлого и настоящего. Разновидностями парамнезии являются: *псевдореминисценции, конфабуляции и криптомнезия*.

Псевдореминисценции **–** нарушение по типу иллюзии памяти, при котором реальные события прошлого переносятся больными в настоящее. Больной заполняет пробелы в памяти настоящего периода подлинными событиями прошлого. Так, находясь в больнице несколько месяцев, больной может утверждать, что вчера был в театре и т.п.

Псевдореминисценции наблюдаются при деменции, корсаковском психозе, эпилепсии.

Конфабуляции – ложные воспоминания, в которых факты, бывшие в прошлом, либо видоизменяются и переносятся в настоящее время, либо заменяются вымышленными событиями, никогда не имевшими места в жизни больного, чаще всего фантастического, нереального характера.

Конфабуляции наблюдаются при парафренном синдроме, корсаковском синдроме, при экзогенных и эндогенных психозах.

Криптомнезия – ложное приписывание себе успехов и достижений других людей (как правило, выдающихся), о которых человек услышал, увидел во сне, прочитал и т.п. При этом больной воспринимает эту информацию как собственное переживание и преподносит её другим как собственную историю, идею, открытие изобретение.

Криптомнезии наблюдаются при органических психозах, бредовых синдромах (парафренном, параноидном).

При локальных поражениях мозга нарушения памяти, так же как и нарушения внимания, распределяют по двум категориям: *модально-неспецифические нарушения* и *модально-специфические нарушения*.

Модально-неспецифические нарушения памяти – целая группа патологических явлений (см. рис. 21), неоднородных по своему характеру, проявляющихся в невозможности запечатления и сохранения информации вне зависимости от её модальности [185, с. 259].



Рис. 21. Модально-неспецифические нарушения памяти



Поражение уровня продолговатого мозга характеризуется нарушением ритма активации мозга. Нарушения памяти отмечаются в синдроме нарушения сознания, внимания, цикла «сон-бодрствование» и проявляются в форме ретроградной и антероградной амнезии.

Поражение диэнцефального уровня. Наблюдается нарушение кратковременной памяти вследствие повышенной интерференции следов (ухудшение сохранения материала в результате наложения другой информации), наряду с этим наблюдается повышенная реминисценция (отсроченное воспроизведение материала) и сохранность следов долговременной памяти на далёкое прошлое. Резерв компенсации дефекта обнаруживается при заинтересованности и повышенной мотивации больных.

Поражение лимбической системы. Наблюдается грубый распад памяти на текущие события по типу ***корсаковского синдрома.*** Клиническая картина близка к той, что и у больных с диэнцефальными поражениями головного мозга, но выражена она в более острой форме. Основное отличие заключается в отсутствии компенсаторных механизмов памяти, вследствие чего возникающие пробелы заполняются конфабуляциями.

Поражения медиобазальных отделов лобных долей мозга. Наблюдается нарушение кратковременной памяти при повышенной интерференции следов, а также нарушение семантической памяти (нарушение логической структуры последовательного изложения текста, его смысловой связности). Расстройства семантической памяти проявляются в нарушении избирательности воспроизведения следов и лёгком соскальзывании на побочные ассоциации.

Модально-специфические нарушения памяти – это тип мнестических дефектов, возникающих при поражении анализаторов различной модальности (зрительной, слуховой, тактильной, кинестетической). В соответствии с этим выделяют нарушения: *зрительной, слухоречевой, музыкальной, тактильной и двигательной памяти* (см. рис. 22).

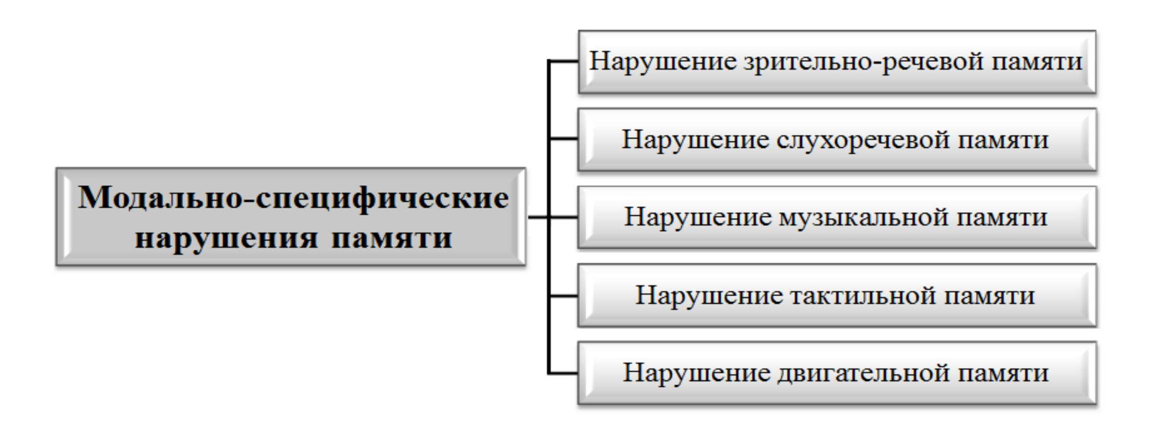


Рис. 22. Модально-специфические нарушения памяти

Модально-специфические нарушения памяти могут носить как автономный характер проявлений, так и взаимосвязанный с гностическими нарушениями. Наиболее изученной формой модально-специфических нарушений памяти являются нарушения зрительно-речевой и слухоречевой памяти, лежащих соответственно в основе оптико-мнестической и акустико-мнестической афазии.



Нарушения зрительно-речевой памяти проявляется в невозможности представления зрительных образов (нарушение схемы образа) при сохранности зрительного гнозиса, что свидетельствует о нарушении только мнестической функции.

Нарушения слухоречевой памяти. Дефект слухоречевой памяти проявляется автономно, то есть без нарушения фонематического слуха, что также указывает на нарушение процесса памяти.

Нарушения слухоречевой и зрительно-речевой памяти характерны только для поражений левого полушария мозга (у правшей).

Нарушение музыкальной памяти наблюдается при поражении правого полушария мозга и проявляется в феномене *амузии*, объединяющем как гностические, так и мнестические дефекты.

Далее, в таблице 6 представлена обобщённая характеристика нарушений памяти при различных психических расстройствах.

Таблица 6

Характеристика нарушений памяти при различных психических расстройствах

Психическое расстройство	Характеристика нарушений памяти
Астенический невроз	Колебания объёма памяти, снижение непосредственного и отсроченного воспроизведения.
Реактивное истерическое расстройство	«Системная амнезия» - утрата информации, непосредственно связанной с психотравмирующей, патогенной ситуацией.
Шизоидное расстройство	Нарушение ассоциативной памяти при опосредованном запоминании.
Шизофрения	Ухудшение памяти как следствие нарушения смысловой организации материала и снижения волевого усилия.
Депрессивно-параноидный и астено-депрессивный синдром в остром периоде	Нарушение оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти. Транзиторный характер мнестических расстройств.
Эпилепсия	Нарушение произвольного воспроизведения. На последующих этапах болезни нарушаются процессы запоминания и сохранения. Непосредственное запоминание лучше, чем опосредованное.
Олигофрения	Нарушение смысловой и механической памяти. При астенической форме более выражено нарушение кратковременной памяти, при стенической форме – долговременной памяти.

4.5. Нарушения мышления

***Мышление** – это высшая форма познавательной деятельности человека, процесс обобщённого и опосредованного отражения предметов и явлений объективного мира в их существенных связях и проявлениях.*

Мышление теснейшим образом связано с действием, оно формируется посредством действий и по своей сути является деятельностью. Рассматривая проблему мышления, С.Л. Рубинштейн пишет: «Первичный вид мышления – это мышление в действии и действием, мышление, которое совершается в действии и в действии выявляется» [156, с.385].

Чем более опосредствована деятельность, тем более она осознана, тем сложнее и разнообразнее способы удовлетворения человеческих потребностей. «Именно ясное осознание дальней цели, всех многообразных, варьирующих в зависимости от обстоятельств путей к ней даёт возможность человеку по своему усмотрению пользоваться теми или иными действиями, сознательно управлять своим поведением», пишет Б.С. Братусь [22, с. 182].

Эффективность мыслительной деятельности зависит не только от познавательной активности индивида, но и от его умения оперировать накопленной информацией для достижения поставленной цели. Мышление, – отмечает Б.В. Зейгарник, – является целенаправленной деятельностью, опирающейся на систему понятий и учитывающей условия, в которых реализуется задача (Б.В. Зейгарник,1986).

Нарушения мышления, клиническая картина которых чрезвычайно многообразна, являются своего рода индикатором психических заболеваний, и потому при постановке диагноза психиатр акцентирует своё внимание на их наличии или отсутствии. В предложенной Б.В. Зейгарник классификации нарушения мышления рассматриваются в трёх категориях: *нарушение операциональной стороны, нарушение динамики и нарушение личностно-мотивационного компонента* (см. рис. 23).



Рис. 23. Классификация нарушений мышления (по Б.В. Зейгарник)

Нарушение операциональной стороны мышления представляет собой распад или редукцию отдельных мыслительных операций (сравнение, анализ, синтез, абстракция, обобщение) и деформацию операционального мышления**.** Обобщение является следствием мыслительного анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Процесс обобщения включает в себя три уровня: отношение к группе на основе существенных признаков (категориальный), отношение к группе на основе функциональных признаков (функциональный), отношение к группе на основе конкретных признаков (конкретный). Таким образом, нарушение операционального мышления проявляется в отсутствии либо искажении какого-либо из уровней обобщения.

Низкий уровень обобщения характеризуется доминированием упрощённых представлений о предметах и явлениях, установлением между ними конкретно-ситуационных связей и отношений. Неспособность к выделению признаков, наиболее полно раскрывающих понятие, обусловлена трудностью абстрагирования от конкретной ситуации. Другими словами, конкретное мышление выступает на первый план, а отвлечённое (понятийно-абстрактное) мышление становится малодоступным для больных, вследствие этого они не справляются с задачей классификации предметов, объединения и противопоставления (методика «Исключение лишнего»), недоступным становится и понимание переносного смысла пословиц. *Пример:* кошка с собакой враждуют, а потому не могут быть в одной группе.

Низкий уровень обобщения наблюдается при олигофрении, тяжёлых формах энцефалита, эпилепсии, органических поражениях головного мозга, деменции.

Искажение процесса обобщения характеризуется возникновением вычурных, случайных ассоциаций и установлением связей неадекватных по смыслу и содержанию. Уход от содержательной стороны задания создают основу для резонёрства, которое обнаруживается при самом простом умственном действии. То есть наблюдается обратная тенденция, на первый план выступает отвлечённое (понятийно-абстрактное) мышление, но в искажённой, гротескной форме. *Пример:* Цветок, ложка, лопата – это предметы, вытянутые в длину. Ложка и машина похожи тем, что ложку тоже двигают ко рту.

Искажение процесса обобщения наблюдается при шизофрении.

Нарушение динамики мышления – это аномалии темпа мыслительной деятельности.

Патологически ускоренное мышление (тахифрения, ментизм) проявляется в неконтролируемом потоке новых ассоциаций, спонтанно возникающих на любой внешний стимул, при этом суждения и умозаключения крайне поверхностны. Больным доступны операции абстрагирования, сравнения и обобщения, однако повышенная «*откликаемость*»[5] (чуткое реагирование на внешние раздражители) приводит к соскальзыванию мысли и потере цели задачи. Ускорение может иметь различную степень выраженности, вплоть до «скачки идей».

Скачка идей – это чрезмерное ускорение мыслительного процесса и речевой продуктивности, проявляющееся в непрерывной смене одной незаконченной мысли другой, при этом ассоциации хаотичны, случайны, а умозаключения малосодержательны и поверхностны.

[5] Откликаемость - следствие снижения уровня активности коры; способствует разрушению целенаправленной деятельности. (Б.В. Зейгарник, 1986).



Патологически ускоренное мышление наблюдается при маниакальном синдроме различной этиологии, шизофрении, травмах головного мозга, реактивных психозах.

Патологически замедленное мышление (брадифрения, торпидность, шперрунг) характеризуется замедлением темпа образования ассоциаций в сочетании с общим снижением мыслительной активности (застревание, трудность переключения, бедность речевой продукции). Процессуально замедленное мышление противоположно, по своей сути, ускоренному мышлению. Инертность связей прежнего опыта отражается на качестве операций абстрагирования и обобщения. Больные не справляются с задачами сортировки и классификации из-за чрезмерной детализации свойств объектов и досконального анализа всевозможных отношений между ними, что отражается в «эпилептическом резонёрстве» и «вязкости» мышления (торпидность). *Шперрунги* или задержки мышления характеризуются внезапной остановкой потока мыслей от нескольких секунд до нескольких дней (типичны при шизофрении).

Патологически замедленное мышление наблюдается при депрессивных синдромах различной этиологии, эпилепсии, эпилептоидной психопатии, органических поражениях головного мозга, шизофрении, олигофрении, астенических состояниях, лёгких формах помрачнения сознания.

Мышление как форма психической деятельности всегда определяется мотивом, целью и контролем результата как отдельных действий, так и процесса деятельности в целом. В этом заключается принцип саморегуляции мышления. Потеря целенаправленности мышления приводит не только к нарушению его логической структуры, но и к утрате функции, регулирующей поведение и отношения индивида с миром.

Нарушение личностно-мотивационного компонента заключается в искажении объективного значения предметов и явлений в контексте смыслового отношения к ним, обусловленного мотивами и установками больного. Формально нарушение мотивационного компонента проявляется в утрате целенаправленности деятельности. Наиболее ярко данное нарушение проявляется в *разноплановости* мышления и *резонёрстве*.

Разноплановость мышления обнаруживается в суждениях больного о каком-либо предмете или явлении и характеризуется отсутствием единого плана рассуждения. Так, в течение выполнения одного и того же задания классификации больной объединяет объекты то на основании их свойств, то на основании личных вкусов и установок. Другими словами, в основе такой классификации нет единой логики, мышление «течёт как бы по различным руслам одновременно» (Г.В. Биренбаум, 1934). Процесс обобщения эпизодически сводится к проекции субъективного отношения больного к отдельным объектам.

Пример: Цветок, кусты, деревья, овощи и фрукты – группа растений; Слон, лыжник – предметы для зрелищ.

Разноплановость мышления наблюдается при шизофрении.

Резонёрство выражается в тенденции к непродуктивным многоречивым рассуждениям при отсутствии конкретных идей и целенаправленности мыслительного процесса, в стремлении к концептуальным «сверхобобщениям» в отношении незначительного объекта суждений.

Резонёрство наблюдается при органических поражениях головного мозга, истероидной и шизоидной психопатии, эпилепсии, шизофрении.

Представленная классификация нарушений мышления в патопсихологии позволяет более глубоко понять психологическую структуру большинства клинических проявлений патологии мышления, однако она не является единственной.

Расстройства мышления в рамках клинической классификации рассматриваются в двух направлениях: количественные (расстройства ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений) (см. рис. 24).

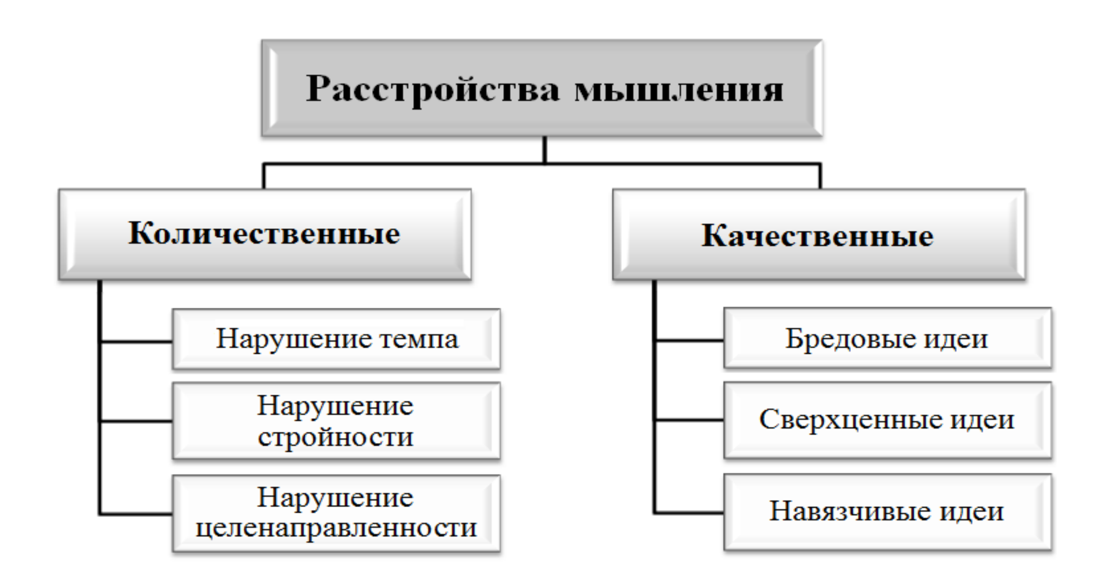


Рис. 24. Клиническая классификация нарушений мышления

Нарушения темпа ассоциативного процесса выражается в *ускорении* (тахифрения, ментизм) и *замедлении* (брадифрения, торпидность, шперрунг) темпа мышления и речевой продукции, подробное описание которых было представлено выше.

Нарушение стройности мышления проявляется в форме *разорванности, инкогерентности, вербигерации, персеверации, паралогичности*.

Разорванность мышления отражается в речи и характеризуется отсутствием логического содержания мысли или смысла, при внешней сохранности грамматической упорядоченности и связей между отдельными элементами высказывания.

Пример: «Христа ради, прекратите насмерть отравлять меня, будущего святого Василия Ананьевича Кафтанника (имя, отчество и фамилия не принадлежат больному!) со своей будущей семьёй Александр, Варвара и Екатерина и четыре из детдома как Мокеев Михаил Егорович регент русского хора наизусть на четырёх голосах этих вышеуказанных озверелых святых бандитов» (Блейхер В. М., 1983).

Разорванность мышления наблюдается при шизофрении.

Инкогерентность (бессвязность) мышления характеризуется фрагментарностью, грубым распадом целенаправленности, невозможностью образования даже самых простых, механических ассоциаций. Больные не осмысливают происходящее вокруг, полностью дезориентированы во времени и пространстве, в отдельных случаях – и в собственной личности. Фрагментарность мышления отражается в речи и представляет собой бессмысленный набор слов.

Пример: Пришил… Остыл… Взрыв… Пан… Я пошёл… Ну и как? Очки потерял…Жена вчера пришёл опять ехать. Пошли отсюда…

Инкогерентность мышления наблюдается при острых экзогенных психозах, аменции.

Вербигерации мышления представляют собой стереотипии, то есть автоматические, непроизвольные и абсолютно бессмысленные выкрикивания или повторения одних и тех же слов или фраз. Любая деятельность больных утрачивает целенаправленность и результативность, вследствие чего решение любой задачи становится для них недоступным.

Пример: Пивная… Ещё парочку… Пивная… Ещё парочку…

Вербигерации мышления наблюдаются при шизофрении, органических психозах.

Персеверации мышления проявляются в многократном повторении одних и тех же действий, слов или фраз. Эти повторения отражают застревание в сознании отдельных мыслей или элементов ранее осуществляемой деятельности, которые вне зависимости от настоящей ситуации и цели деятельности продолжают актуализироваться в сознании больного.

Персеверации мышления наблюдаются при органических поражениях головного мозга, церебральном атеросклерозе, шизофрении, деменции, болезни Альцгеймера, болезни Пика.

Нарушение целенаправленности мышления проявляется главным образом в том, насколько легко больной отвлекается на второстепенные внешние раздражители и собственные мысли при выполнении какой-либо задачи.

Резонёрское мышление или *резонёрств*о было описано выше. В качестве ремарки можно отметить, что отличительной чертой резонёрского мышления является стремление к «рассуждательству» при банальности и бессмысленности суждений.

Символическое мышление проявляется в заострении внимания на символическом значении отдельных объектов и явлений, которым больной придаёт субъективный аллегорический смысл, имеющий для него исключительное значение. При этом мышление утрачивает свою первоначальную целенаправленность, а весь его последующий процесс сводится к анализу символического значения отдельных знаков, воспринятых больным как знаменье.

Аутистическое мышление представляет собой отрыв от оснований объективной реальности и погружение во внутренний мир фантазий и грёз, зачастую идущих вразрез с действительностью. Нарушена не только логика движения мысли, но и временные отношения. Логические законы реальности замещаются аффективными побуждениями, при этом нарушаются отношения с внешним миром, больные перестают понимать или игнорируют его закономерности (Э. Блейлер, Аутистическое мышление)]186].

Паралогическое мышление характеризуется патологической склонностью к *паралогизмам* (логическая ошибка в умозаключении вследствие нарушения законов и правил логики). При таком мышлении фактически верные предпосылки и доказательства игнорируются и подменяются неадекватными субъективными соображениями, совершенно несвязанными с исходными суждениями (кривая логика). В результате сложных умозрительных конструктов больные приходят к выводам, явно противоречащим объективной действительности.

Необходимо отметить, что очень редко встречаются случаи, когда особенности мышления больного можно квалифицировать в пределах одного вида нарушений мышления. Как правило, в структуре патологически изменённого мышления больных наблюдаются различные конфигурации, включающие в себя разные виды нарушений. Так, нарушение

процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, а в других может сочетаться с различными видами нарушений его динамики.

Нарушение качества мышления проявляется в бредовых, сверхценных и навязчивых идеях.

Бредовые идеи – это ошибочные суждения (умозаключения), возникающие вследствие психического расстройства и отличающиеся сверхустойчивостью к коррекции, в том числе к суггестии. Бред возникает только на патологической основе и имеет яркую аффективную окраску («потребности бреда» Э. Крепелин). При бреде обнаруживаются глубокие нарушения личности, вызванные центрированием вокруг бредовой фабулы [18; 84].

По механизмам образования выделяют *первичный* и *вторичный* бред.

Первичный бред (бред интерпретации) обусловлен расстройством мышления и проявляется в установлении ошибочных связей между реальными предметами и явлениями, что приводит к неверному заключению. Первичные бредовые идеи наблюдаются при сравнительно лёгких формах психических заболеваний.

Вторичный бред представляет собой следствие патологии психических процессов (восприятия, памяти, сознания), служащих источником возникновения иллюзий и галлюцинаций. Характер и содержание бреда зависит от характера и содержания галлюцинаций. Выделяют *чувственный* (восприятие) и *образный* (представление) вторичный бред. Для чувственного бреда характерна спонтанная, наглядная, конкретная и эмоционально окрашенная фабула. Образный бред представляет собой фрагментарные, хаотичные представления по типу фантазий и воспоминаний.

Сверхценные идеи – это мысль или мыслеобразы, возникающие на основе реальной ситуации, доминирующие в сознании больного и провоцирующие высокое эмоциональное напряжение. При этом критическое отношение к самой идее стирается, сознание сужается под доминирующим давлением аффективной установки. Сверхценные идеи, в отличие от бреда, никогда не носят фантастического характера, они психологически понятны, но их гипертрофированная значимость для больного является непреодолимым барьером как для критики, так и для психокоррекции [25].

Чаще всего сверхценные идеи возникают в ситуации конфликта у психопатичной личности, а также при дебютных и вялотекущих экзогенно-органических и эндогенных психических расстройствах.

Навязчивые идеи (обсессии) – это иррациональные мысли и образы, непроизвольно возникающие в сознании в форме навязчивых страхов, сомнений, воспоминаний и влечений. Чаще всего больные прекрасно понимают нелепость таких мыслей, но не могут им противостоять. Их назойливый и интенсивный характер порождает тревогу, мешающую нормальной жизнедеятельности. Навязчивые мысли могут заполнять все содержание мышления больного. Попытки их игнорировать приводят к повышению уровня тревожности, вследствие чего возникает *компульсивное поведение* как компенсаторная стратегия.

Навязчивые идеи наблюдаются при заболеваниях невротического спектра, обсессивно-компульсивной и тревожно-мнительной психопатии, а также могут встречаться в рамках эндогенных психозов (неврозоподобные дебюты шизофрении).

Нарушения мышления при локальных поражениях головного мозга. Опыт исследования нарушений мыслительной деятельности в рамках теории системной динамической локализации высших психических функций показал, что

нейропсихологические симптомы нарушений мышления имеют такое же локальное значение, как и симптомы нарушений других познавательных процессов (Е.Д. Хомская, 2005). Наглядно-образные и вербально-логические формы мышления нарушаются при самых разных локальных поражениях мозга, однако их качественная специфика при разной локализации патологического очага имеет характерные отличия.

Так, А.Р. Лурия выделяет несколько типов нарушений мыслительных процессов, характерных при поражении разных отделов левого полушария мозга (у правшей): *височная область, премоторные, теменно-затылочные и префронтальные отделы* (см. рис. 25).

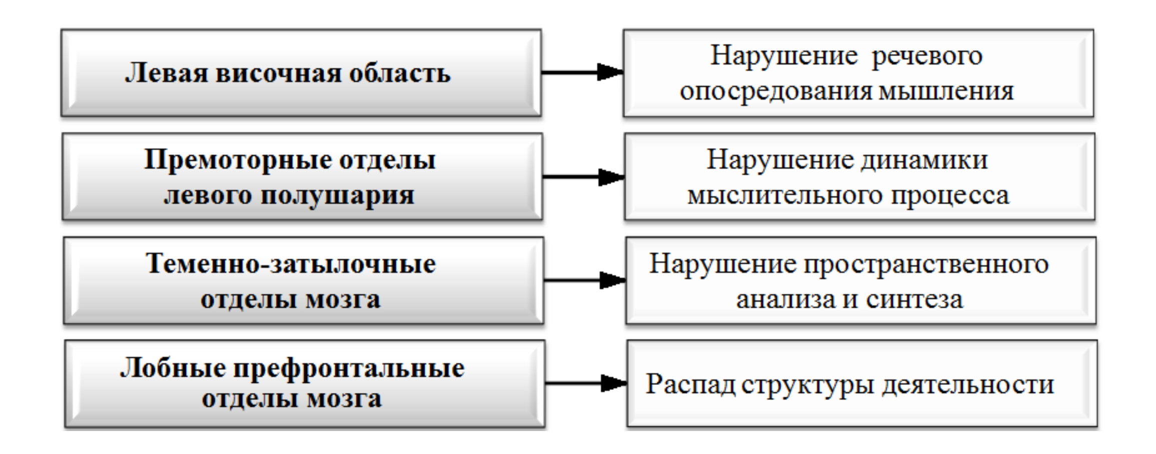


Рис. 25. Нарушения мышления при локальных поражениях головного мозга (по А.Р. Лурии)

При поражении ***левой височной области*** наблюдается сохранность наглядно-образного мышления и логических отношений между объектами. Вместе с тем обнаруживаются нарушения смысловых операций, для которых необходима опора на речевые связи или их следы (слухоречевая память), то есть речевое опосредование мышления.

При поражении ***теменно-затылочных отделов левого полушария*** возникает обратная ситуация, невозможным становится выделение наглядных признаков и их пространственных отношений, нарушаются пространственный анализ и синтез. Страдает наглядно-образное мышление, а вместе с ним и понимание определённых семантических конструктов, представляющих пространственные и квазипространственные отношения. К примеру, больные не могут справиться с заданиями на конструктивный праксис типа складывания куба Линка или кубиков Коса.

При поражении ***премоторных отделов левого полушария*** наблюдается нарушение динамики процесса любой деятельности. Нарушается интериоризированный характер мыслительных операций («умственных действий») вследствие недостачи внутренней речи. Другими словами, нарушение динамики речевых процессов ведёт к нарушению динамики вербально-логического мышления, к патологической инертности мыслительных актов. При этом у таких больных сохранны пространственные представления и понимание семантических конструктов, отражающих пространственные отношения.

Нарушение мышления при поражениях ***лобных префронтальных отделов мозга*** представляет собой распад самой структуры психической деятельности. При сохранности речевых и отдельных мыслительных операций нарушены функции программирования и

контроля деятельности, минимизирован либо полностью выпадает этап «ориентировочных» действий. Больные неспособны к выработке нужной стратегии или плана решения любой, даже самой элементарной задачи.

4.6. Нарушения речи

Речь *– это психическая функция, опосредующая межличностное общение и процесс мышления.*

Средством речи является *язык*, определяемый как система знаков, при помощи которой осуществляется передача информации. Л.С. Выготский писал: «Речь связана с мыслью и освещена её светом» [35, с. 278].

Речевая деятельность осуществляется в форме: *внешней* или *внутренней; устной, письменной, кинетической; монологической* или *диалогической; активной или пассивной.*

Нарушения речи могут возникать как по причине недоразвития различных звеньев речевой системы, так и вследствие различных заболеваний. Наиболее ярко нарушения речи проявляются при поражении речевых зон коры головного мозга (центры Верникe и Брока).

Недоразвитие речи обусловлено нарушением формирования как отдельных компонентов (произносительный процесс, фонематический, лексико-грамматический), так и речевой системы в целом. При этом слух остаётся сохранным.

Чаще всего недоразвитие речи наблюдаются при нарушении развития отдельных компонентов речевой системы, а также при общей задержке психического развития и олигофрении.

Нарушение речи – это отклонение от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности [104].

В своей концепции общего недоразвития речи Р.Е. Левина предложила клинико-педагогическую классификацию, в которой все речевые нарушения рассматриваются в рамках двух основных категорий: устной и письменной речи (см. рис. 26).

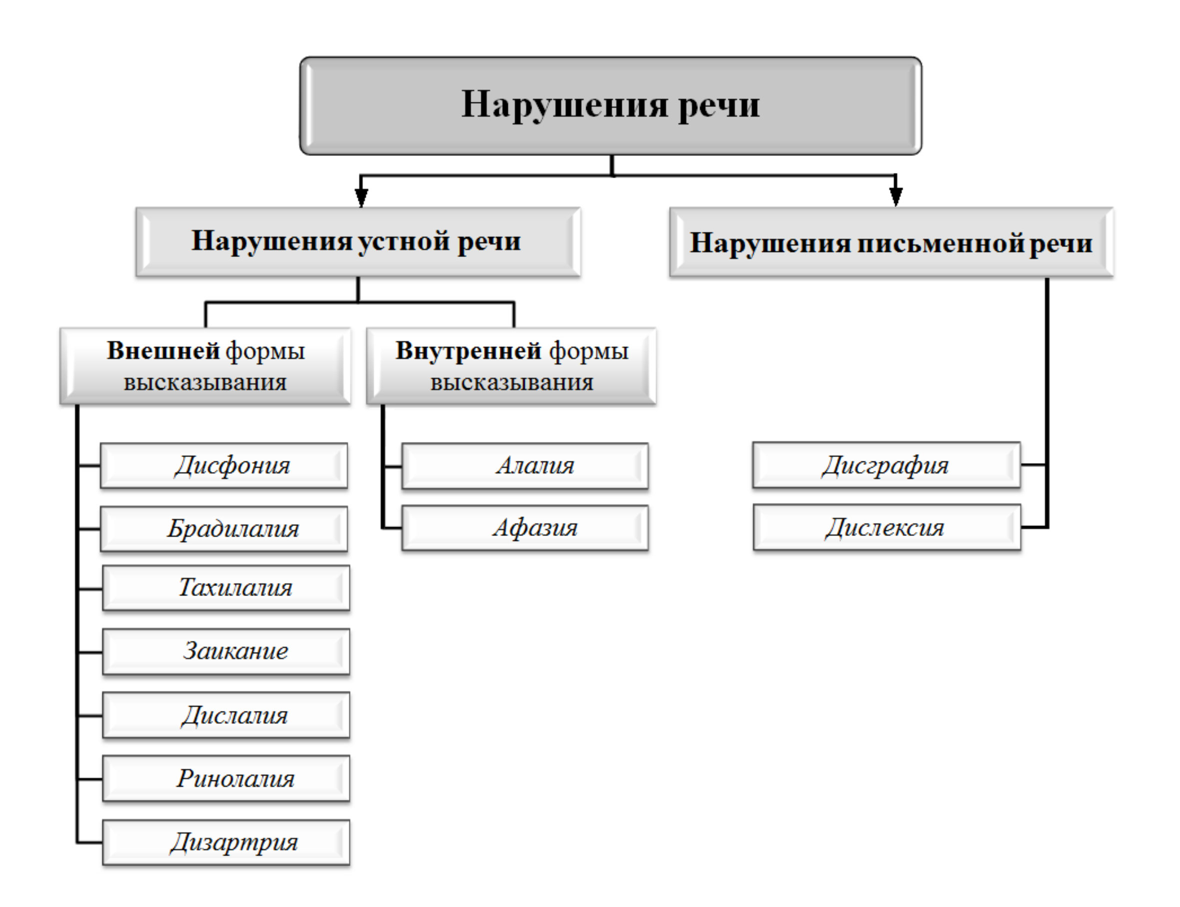


Рис. 26. Клинико-педагогическая классификация нарушений речи (по Р.Е. Левиной)

Нарушения устной речи могут возникать как по причине дефекта произношения (внешней формы высказывания), так и в результате нарушений структурно-семантического содержания речи (внутренней формы высказывания).

Нарушения внешней формы высказывания подразделяют на несколько подвидов: нарушения голосообразования, нарушения темпа и плавности речи, нарушения звукопроизношения, нарушения интонации.

Дисфония (афония) – это отсутствие или расстройство функции вследствие патологических изменений голосового аппарата. Дисфония может проявляться как в изменении силы и тембра голоса, так и в полном его отсутствии. Как правило, эти нарушения обусловлены функциональными или органическими повреждениями голосового аппарата.

Брадилалия и ***тахилалия*** характеризуются патологическим нарушением темпа речи (замедлением и ускорением соответственно). В основе патогенеза данных расстройств лежит нарушение баланса процессов возбуждения и торможения центральной нервной системы.

Заикание – это нарушение темпа и ритма речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата. По своей природе может быть органическим или функциональным (логоневроз). К физиологическим симптомам заикания относят речевые судороги, нарушения ЦНС. К психологическим – речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи.

Дислалия (косноязычие) – это нарушение звукопроизношения при сохранности слуха и речевого аппарата, которое проявляется в заменах, искажениях, смешениях тех или иных звуков. В основе патогенеза лежат дефекты артикуляционного аппарата, нарушение процесса

узнавания и различения входящих в состав слова фонем, анатомо-физиологические дефекты речевого аппарата.

Ринолалия – это нарушение звукопроизношения и тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. При ринолалии происходит специфическое изменение голоса, появляется гнусавость из-за нарушения направления потока воздуха (вместо ротовой полости он проходит через носовую), речь становится невнятной и монотонной.

Дизартрия – это нарушение звукопроизношения при сохранности восприятия устной речи, чтения и письма. В основе патогенеза лежит нарушение иннервации речевого аппарата (паралич речедвигательных мышц, детский церебральный паралич). Параллельно с дефектами звукопроизношения и голоса проявляются нарушения речевой моторики и речевого дыхания (Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская, 1998)

Нарушения внутренней формы высказывания проявляются в форме алалии и афазии.

Алалия – это полное отсутствие или дефицитарность речи вследствие повреждений речевых зон коры головного мозга, полученных в период внутриутробного или доречевого развития. Различают моторную и сенсорную алалию. *Моторная алалия* представляет собой системное недоразвитие экспрессивной речи, проявляющееся в грубом нарушении грамматического строя высказывания при достаточно хорошем понимании обращённой речи (поражение центра Брока). *Сенсорная алалия* связана с нарушением акустико-гностической стороны речи при сохранности слуха и проявляется в недостаточном понимании обращённой речи и грубом нарушении её фонетической стороны – отсутствие дифференциации звуков (поражение центра Вернике).

Афазия – это нарушение ранее сформированной речи, при котором происходит утрата (полная или частичная) способности речевой деятельности. В основе данного нарушения лежат локальные поражения головного мозга различной этиологии. А. Р. Лурия выделил 7 форм афазии: эфферентная моторная (зона Брока); афферентно-моторная; сенсорная (акустико-гностическая, зона Вернике); акустико-мнестическая; оптико-мнестическая (амнестическая); динамическая; семантическая.

Нарушения письменной речи. В зависимости от того, какая форма речи нарушена (письмо или чтение), выделяют два вида нарушений – *дисграфию* и *дислексию*.

Дисграфия – это нарушение фонетико-фонематической системы письменной речи, проявляющееся в смешении, искажении, замене и пропуске букв [104, с. 614].

Различают несколько форм дисграфии:

- *акустическая дисграфия* – нарушение дифференциации слухового восприятия речи;
- *оптическая дисграфия* – неустойчивость зрительных впечатлений и представлений;
- *моторная дисграфия* – трудности движения руки при письме;
- *аграфия* – полная неспособность к овладению письмом.

Дислексия – это нарушение чтения, проявляющееся в неспособности овладеть слогослиянием и автоматизированным чтением целыми словами, что ведёт к неправильному воспроизводству звуковой формы слова и искажённому пониманию прочитанного. В основе патогенеза расстройства лежат нарушение формирования высших психических функций. Крайняя форма дислексии – *алексия*, неспособность к чтению.

4.7. Нарушения умственной работоспособности и интеллекта

Работоспособность *– это характеристика актуальных или потенциальных возможностей индивида эффективно выполнять целесообразную деятельность в течение определённого времени* [21].

Изучая динамику состояний психофизиологических функций в процессе деятельности, Э. Крепелин (1902) выделил основные стадии работоспособности: *врабатывание, оптимальная работоспособность, утомление, конечный порыв*. Продуктивность деятельности имеет предел, определяемый утомлением и его последствиями. Ощущение усталости является своего рода индикатором, заблаговременно сигнализирующим о переутомлении организма.

Более подробно проблема нарушения работоспособности рассматривается в работе В.М. Когана и Э.А. Коробковой (1967), в которой также представлен авторский подход к классификации основных проявлений данного нарушения [78]. По мнению авторов, нарушение работоспособности в основном отражается на целенаправленности деятельности, на её произвольности и динамике, а также на объёме деятельности и регуляции усилий, необходимых для её осуществления (см. рис. 27).

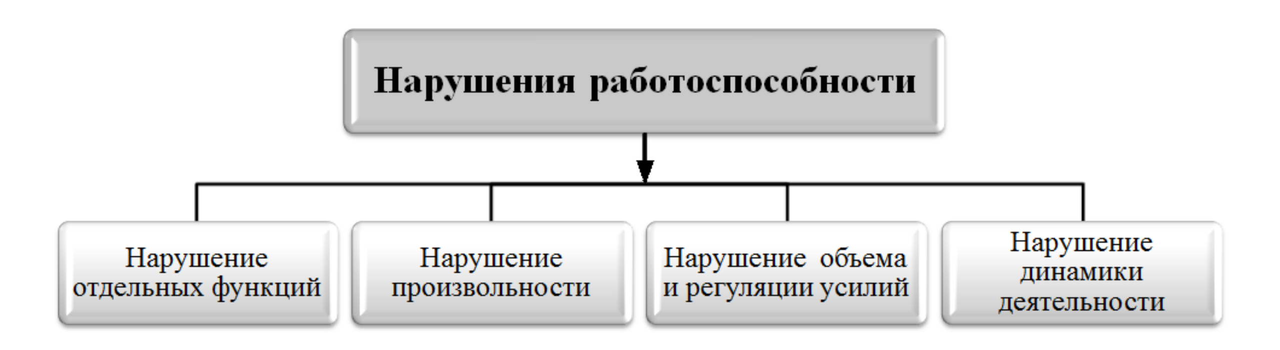


Рис. 27. Классификация нарушений работоспособности (В.М. Коган, Э.А. Коробкова)

Относительно данной классификации Б.В. Зейгарник отмечает, что нарушения умственной работоспособности являются *следствием истощаемости* и по своей сути ближе всего к нарушению динамики деятельности. При этом приобретённые ранее навыки и интеллектуальные операции остаются зачастую сохранными, однако больные не в состоянии выполнять умственные задания, требующие продолжительных и устойчивых усилий (Б.В. Зейгарник, 1986).

Нарушения динамики умственной работоспособности свидетельствуют в первую очередь о снижении тонуса коры головного мозга, ослаблении функционального состояния корковой динамики, которое выражается в диффузном торможении мыслительных процессов. Такое торможение проявляется в виде колебаний темпа сенсомоторных реакций, сужения объёма восприятия, колебаний устойчивости внимания и памяти.

В экспериментальных исследованиях ряда авторов (Б.В. Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, В.М. Коган и Э.А. Коробкова) были обнаружены характерные признаки истощаемости умственной деятельности, такие, как замедление темпа поисковых действий при зрительно-моторной координации; снижение функционала оперативной памяти (удержание в памяти

программы действий); возникновение компенсаторных стратегий при выполнении монотонной деятельности (посвистывание, пение и т.п.); появление тенденции к чрезмерному опосредованию.

Все описанные наблюдения указывают на снижение функциональности блока активации (по А.Р. Лурии), основное назначение которого заключается в обеспечении общего активационного фона для реализации любой психической деятельности. Как отмечает Е.Д. Хомская: «…первый блок мозга участвует в осуществлении любой психической деятельности, особенно в процессах внимания, памяти, регуляции эмоциональных состояний и сознания в целом» [185, с.70]. Качество функционирования данного блока имеет ключевое значение для осуществления мнестической деятельности, причём преимущественно для её произвольных механизмов.

В клинической практике проявление повышенной истощаемости умственной деятельности чаще всего наблюдается при астеническом синдроме (состояние нервно-психической слабости). Признаками астении являются повышенная утомляемость, быстрая истощаемость нервно-психических процессов, которые отражаются на динамике мыслительных процессов. Отмечаются нарушения произвольного внимания, появляется рассеянность, отвлекаемость, затрудняется сосредоточение. Также наблюдаются нарушения мнестической деятельности, становятся проблематичными процессы запоминания и воспроизведения, сочетающиеся с затруднением осмысления и «схватывания» материала.

Астенический синдром наблюдается при неврозах, соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга, при некоторых формах течения шизофрении.

Особо следует подчеркнуть, что снижение умственной работоспособности в случаях переутомления после напряжённой работы или в случаях астении после перенесённого заболевания следует отличать от интеллектуальных нарушений.

***Интеллект** – общая способность к познанию и решению проблем, определяющая успешность любой деятельности и лежащая в основе других способностей.*

В рамках концепции эволюционного развития психики (А.Н. Леонтьев, К.Э. Фабри) интеллект рассматривается как уровень развития психики, обуславливающий эффективность адаптации к различным жизненным условиям и успешность в решении практических задач.

В.Н. Дружинин определяет «интеллект» как общую способность к умственной деятельности, а М.А. Холодная – как форму организации ментального (умственного) опыта человека. Существует множество теорий интеллекта, как и его определений, однако суть данного понятия сводится к его основной функции: обеспечение эффективной обработки и применения как вновь поступающей, так и накопленной информации в процессе решения практических задач [184].

Интеллект и мышление тесно связаны, но они не тождественны, мышление лишь механизм интеллекта. Мыслительные операции (анализ, синтез, суждение, умозаключение) являются самостоятельными категориями, которые опосредуют и актуализируют интеллектуальный потенциал. При этом интеллект предполагает накопление определённого багажа знаний и формирование когнитивных стратегий его использования при выполнении практической деятельности.

Отграничение интеллекта от мышления является необходимым в изучении психических патологий, отмечает Б.Д. Карвасарский, так как хорошо известны клинические наблюдения с временным расстройством мышления при сохранности интеллекта, и,

наоборот, в случае снижения интеллекта может наблюдаться относительная сохранность осуществления каких-либо отдельных мыслительных операций [69].

Познавательные процессы выступают в качестве средств развития интеллектуальных способностей (репродуктивных и продуктивных), от их функциональных возможностей во многом зависит уровень интеллекта и его продуктивность. А потому любые нарушения в развитии познавательной сферы, обусловленные функциональными или органическими факторами, закономерно отражаются на качестве интеллекта и жизнедеятельности индивида.

Традиционно различают такие основные клинические формы нарушения интеллекта, как *олигофрения* и *деменция*. При этом одни авторы считают необходимым добавить в этот перечень пограничную умственную отсталость (В.В. Ковалев, 1979; М.Ш. Вроно, 1983), а другие – временное ослабление интеллекта, под которым рассматривается аментивный синдром (Р.А. Амасьянц, Э.А. Амасьянц, 2004).

В МКБ-10 нарушения интеллекта отнесены к группе психических расстройств и расстройств поведения (класс V), в частности приобретённое слабоумие (деменция) рассматривается в рамках подгруппы «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (F00-F09), а врождённое слабоумие (олигофрения) в рамках подгруппы «Умственная отсталость» (F70-F79). Как можно заметить, в МКБ-10 термин «олигофрения» заменён синонимичным понятием – «умственная отсталость».

Отталкиваясь от данной классификации и традиционной позиции, рассмотрим нарушения интеллекта в рамках двух категорий: *умственная отсталость* (врождённое слабоумие) и *деменция* (приобретённое слабоумие) (см. рис. 28).

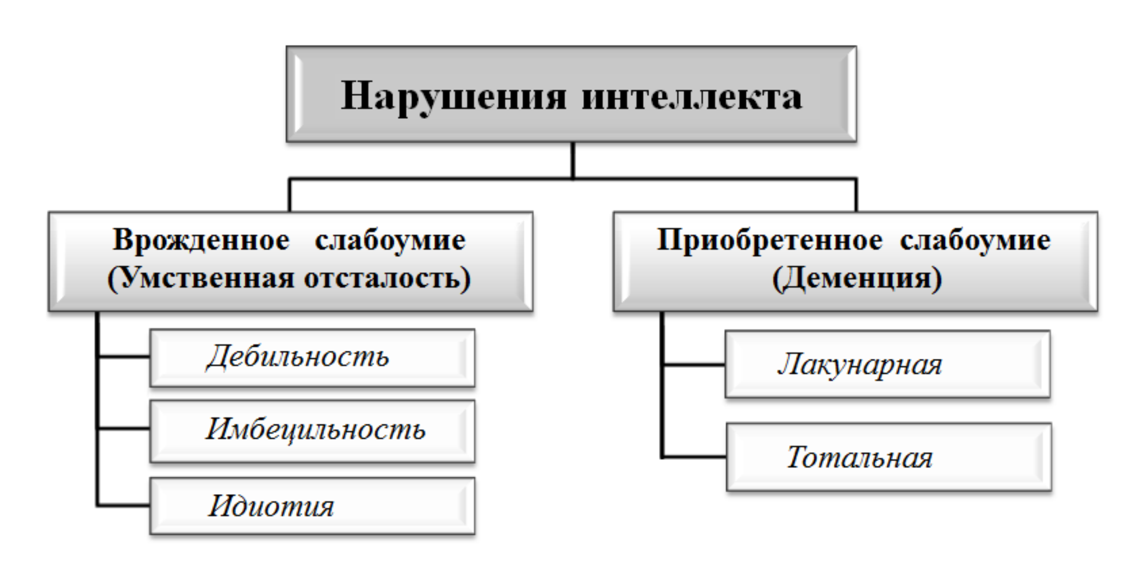


Рис. 28. Классификация нарушений интеллекта

Умственная отсталость (врождённое слабоумие) – это врождённый или приобретённый на ранней стадии онтогенеза психический дефект, характеризующийся недоразвитием психики и проявляющийся в форме нарушений интеллектуальной деятельности, личностного развития и социальной адаптации индивида.

Признаками умственной отсталости являются:

– *стойкость;*
– *необратимость;*

– *органическое происхождение дефекта;*
– *непрогредиентность (не прогрессирует).*

Вопрос об этиологии умственной отсталости довольно сложный и остаётся дискуссионным в настоящее время. В этиологии умственной отсталости выделяют две основные группы факторов: эндогенная (наследственные факторы) и экзогенная. Первая группа факторов включает наследственные, хромосомные заболевания. Наследственные факторы разнообразны. Глубокие степени умственной отсталости чаще отмечаются при рецессивном типе наследования, а в этиологии неглубоких дефектов определяющую роль играют доминантные и полигенные наследственные факторы. Группу экзогенных факторов подразделяют на две основных подгруппы:

- факторы, действующие на развивающийся плод через организм матери во время беременности;
- факторы, повреждающие головной мозг младенца в перинатальный и ранний постнатальный периоды (до 2-3 лет).

В результате воздействия того или иного вредоносного фактора формирование большинства функций нервной системы не достигает уровня полноценной нормы, а многие важные для жизнедеятельности и адаптации функции не формируются вообще. Вместе с тем для умственной отсталости нехарактерна прогредиентность интеллектуального дефекта. Наоборот, в процессе развития и накопления знаний, умений и навыков возможно повышение уровня адаптации (А.Г. Московкина, Т.М. Уманская, 2013).

Умственная отсталость имеет разную степень выраженности: *дебильность, имбецильность, идиотия.*

Дебильность (IQ = 50-70) представляет собой лёгкую степень слабоумия, характеризующуюся слабовыраженной способностью к обучению и социальной адаптации. У больных доминирует наглядно-образное мышление. Наблюдается нарушение таких мыслительных операций, как анализ, синтез, абстрагирование и обобщение, что отражается в примитивности суждений и умозаключений. Словарный запас больных может быть достаточно большим, но речь косноязычна и содержит аграмматизмы, они с трудом овладевают чтением и письмом. При этом хорошо развита механическая память и способность к подражанию, которые обеспечивают возможности овладения элементарными трудовыми умениями и навыками. Произвольность психических процессов не формируется, в поведении проявляется импульсивность, отмечается слабый самоконтроль, неспособность подавлять свои влечения и прогнозировать результаты действий. Ориентация в практических, житейских вопросах может быть вполне адекватна, больные неплохо приспосабливаются, с годами отставание становится менее выраженным и выступает не так явно [55].

Имбецильность (IQ = 20-50) представляет собой среднюю степень слабоумия, характеризующуюся резким снижением способности к обучению и социальной адаптации. Доступным остаётся только подражательство, посредством которого возможно усвоение элементарных навыков самообслуживания. Страдает не только абстрактное, но и наглядно-образное мышление. Больным недоступно понимание отношений между объектами и явлениями, а также установление причинно-следственных связей. Они не в состоянии овладеть чтением и письмом. Словарный запас составляет в среднем 150-200 слов, что позволяет произносить несложные фразы, но речь ещё в большей степени, чем при

дебильности, аграмматична и косноязычна. Эмоции бедные, однообразные, все психические процессы тугоподвижные и инертные. Новую ситуацию больные воспринимают негативно в силу того, что все новое вызывает у них повышенное возбуждение и тревожность. При слабовыраженной имбецильности (IQ не ниже 35) больные способны к усвоению простых трудовых навыков (уборка, стирка, мытье посуды) и элементарных трудовых действий (подбирать по цвету и размеру простые детали для бытовых изделий и т.д.). Имбецилы нуждаются в постоянной опеке и контроле.

Идиотия (IQ < 20) – наиболее тяжёлая степень слабоумия, характеризующаяся практически полным отсутствием речи и мышления. Также отсутствует подражательная способность, вследствие чего невозможным становится усвоение даже элементарных навыков самообслуживания. Реакция на внешние раздражители либо неадекватна, либо вообще отсутствует. Психическая жизнь представляет собой вегетативное существование. При идиотии средней и лёгкой степени могут отмечаться некоторое понимание речи, мимики и жестикуляции, фиксация взгляда на предметах. У больных могут наблюдаться примитивные эмоции, выражающие удовольствие либо неудовольствие в форме крика, плача, двигательного возбуждения. Легко возникают приступы злобы, что проявляется в виде ярости и агрессивного поведения как в отношении окружающих, так и в отношении самого себя (кусаются, царапаются, наносят удары). Довольно часто больные могут поедать свои экскременты, отбросы, жуют все, что попадает в поле зрения. Нуждаются в постоянной опеке и контроле, так как в одиночестве могут вести себя непредсказуемо, впадать в бессмысленное возбуждение с однообразными стереотипными действиями (хлопать в ладоши, размахивать руками, раскачиваться и т.п.).

В таблице 7 представлена обобщённая характеристика психической деятельности при различной степени умственной отсталости.

Таблица 7

Характеристика психической деятельности при различной степени умственной отсталости

Сферы психической деятельности	**Степень умственной отсталости**		
	Дебильность IQ 50 – 69	Имбецильность IQ 20 – 49	Идиотия IQ < 20
Когнитивная сфера	Конкретно-образное мышление; непроизвольное внимание, механическая память; скудность речи.	Подражательство, отдельные слова и фразы.	Полное отсутствие мышления и речи.
Эмоциональная сфера	Импульсивность, повышенная внушаемость.	Эмоции слабо выражены, высокая внушаемость.	Реакции удовольствия/ неудовольствия, агрессивность.
Поведенческая сфера	Двигательная расторможенность, дурашливость, негативизм, асоциальные проявления.	Поведение либо вяло-апатичное, либо расторможенно-подвижное.	Двигательные стереотипии.

Сферы психической деятельности	Степень умственной отсталости		
	Дебильность IQ 50 – 69	Имбецильность IQ 20 – 49	Идиотия IQ < 20
Социальная адаптация	Доступно овладение навыками самообслуживания и навыками несложной профессиональной деятельности (швейные, столярные операции и т.д.)	Доступно овладение навыками элементарных трудовых операций и самообслуживания при IQ >35	Невозможна

Деменция (приобретённое слабоумие) – это приобретённое прогрессирующее расстройство психических функций вследствие патологии головного мозга различной этиологии, которое проявляется в частичной или полной утрате накопленных знаний и способностей, в общем снижении продуктивности психической деятельности и деградации личности.

Детскую деменцию следует отличать от олигофрении. При схожей симптоматике основными отличительными признаками являются:

- *время возникновения* (деменция – постнатальный период, олигофрения – пренатальный, натальный и ранний постнатальный);
- *тип дизонтогенеза* (деменция – стойкое недоразвитие, олигофрения – повреждённое развитие);
- *характер поражения ЦНС* (деменция – локальный, олигофрения – тотальный);
- *структура дефекта* (деменция – мозаичность дефекта, олигофрения – иерархичность дефекта);
- *течение болезни* (деменция – прогредиентное, олигофрения – непрогредиентное).

Патогенез и клиническая картина приобретённого слабоумия у взрослых, как и врождённого, довольно вариативны и зависят главным образом от местоположения очага и масштаба поражения головного мозга. Различают деменцию по степени выраженности дефекта: *лёгкая, умеренная, тяжёлая*; по динамике процесса: *прогредиентная, стационарная, обратимая*; по нозологической форме: *эпилептическая, шизофреническая, атеросклеротическая*.

В зависимости от особенностей клинических проявлений выделяют *лакунарную* и *тотальную* деменцию.

Лакунарная деменция (частичная) характеризуется нарушением отдельных познавательных процессов. В большей степени страдает память. Больные неспособны к усвоению новых знаний, но приобретённые ранее поведенческие паттерны и профессиональные навыки остаются долгое время сохранными. Также наблюдается снижение качества мышления, замедленность темпа психических процессов вследствие общего ослабления психической активности. При этом для больных характерно критическое отношение к своему дефекту, компенсировать который они пытаются посредством записей важной информации в записные книжки. Эмоциональные нарушения проявляются в форме лабильности, повышенной слезливости, сентиментальности. В целом кардинальных изменений психических свойств личности при лакунарном слабоумии не наблюдается, что свидетельствует о сохранности «ядра личности».

Лакунарная деменция наблюдается при сосудистых поражениях головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь), при черепно-мозговых травмах.

Тотальная деменция (общая) характеризуется относительно равномерным и необратимым снижением показателей всех форм психической деятельности (*распад психики*). У больных наблюдается постоянное ухудшение как кратковременной, так и долговременной памяти, снижение психической активности, проявляющееся в неспособности сосредоточиться на чем-либо. Регресс мыслительной деятельности характеризуется грубым нарушением всех мыслительных операций: анализа, синтеза, абстрагирования, обобщения, что отражается в слабости или неадекватности суждений и умозаключений. Эмоциональные нарушения характеризуются угрюмостью, апатичностью, периодической раздражительностью. Выхолащивание морально-нравственных принципов и ценностей обнажает и делает бесконтрольными низшие, инстинктивные потребности и влечения. Больные теряют критику к своему состоянию и поведению, их суждения и поступки становятся абсурдными. Все эти признаки указывают на выхолащивание личности – распад «ядра личности».

Тотальная деменция наблюдается при дегенеративных заболеваниях (болезнь Альцгеймера, Пика и др.), при сифилисе головного мозга и прогрессивном параличе. В некоторых случаях к аналогичному исходу приводит локальный патологический процесс, например, при травмах, опухолях головного мозга [56].

В таблице 8 представлена обобщённая характеристика психической деятельности при деменции.

Таблица 8

Характеристика психической деятельности при деменции

Сферы психической деятельности	**Типы деменции**	
	Парциальная	Тотальная
Когнитивная сфера	Прогрессирующая гипомнезия; замедленность темпа психических процессов вследствие общего снижения психической активности.	Постепенный распад всех форм когнитивной деятельности (прогрессирующая и фиксационная амнезия, апраксия, афазия и пр.).
Эмоциональная сфера	Лабильность эмоций, слезливость, сентиментальность.	Угрюмость, апатичность, раздражительность.
Личностная сфера	Сохранны: ориентировка в собственной личности и ситуации; критическое отношение к дефекту; «ядро личности».	Дезориентирование в собственной личности и ситуации, отсутствие критики к дефекту и своему поведению, распад «ядра личности».
Социальная адаптация	Сохранность профессиональных и бытовых навыков, возможность компенсации дефекта.	Невозможна

Самой тяжёлой и финальной стадией тотальной деменции является ***маразм***, свидетельствующий об атрофии коры головного мозга и практически полном прекращении психической деятельности человека. При маразме угасают базовые инстинкты (пищевой, самосохранения). Больные становятся абсолютно беспомощными и нуждаются в постоянном уходе (кормление, санитарно-гигиенические мероприятия и т.п.).

4.8. Нарушения эмоций

Эмоции *– это психические процессы, протекающие в форме переживаний и отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека* [114].

Эмоции тесно связаны с инстинктами, потребностями и мотивами, они активизируют деятельность, регулируют поведение индивида в процессе достижения цели и удовлетворения потребности. При этом их биологическое, психофизиологическое и социальное значение заключается в организующем и мобилизующем влиянии на организм, которое обеспечивает не только побудительную силу, но и адекватность адаптации к внешним условиям (Н.Е. Бачериков, 1989). Одной из важнейших особенностей эмоций является *идеаторность* или способность возникать по отношению к ситуациям и событиям, существующим только в виде мысли о пережитых или ожидаемых, воображаемых ситуациях (А.Н. Леонтьев, 1973).

К эмоциональным процессам относят: *аффекты, собственно эмоции, чувства, настроение, эмоциональный стресс*.

Основные функции эмоций:

- *оценочная* (субъективная значимость);
- *побудительная и организующая* (активация и мобилизация организма, регуляция психической деятельности);
- *коммуникативная* (экспрессия).

В психике человека эмоции представлены в виде четырёх основных феноменов, а именно: эмоциональные реакции, чувства, эмоциональные состояния и эмоциональные свойства (см. рис. 29).



Рис. 29. Психологические феномены эмоций

Эмоциональные реакции – это эмоциональные процессы, возникающие в ответ на внешние раздражители, характеризующиеся непосредственным переживанием какой-либо эмоции в условиях актуальной ситуации. Они кратковременны и адекватны обстоятельствам (например, реакция испуга в ответ на внезапный и резкий звук).

Чувства – это психические образования, проявляющиеся в форме устойчивого эмоционального отношения человека к различным сторонам действительности. Высшие чувства очень сложная форма эмоциональных феноменов человека, формирующаяся на протяжении жизни и в условиях социального взаимодействия. В зависимости от отношения к той или иной предметной сфере жизнедеятельности различают: *интеллектуальные, эстетические, нравственные* чувства.

Эмоциональные состояния – длительные и более устойчивые эмоциональные процессы, к которым относят: *настроение, аффект, стресс, фрустрацию и страсть*. Для эмоциональных состояний характерно изменение всего нервно-психического тонуса, являющегося своего рода фоном жизнедеятельности человека. Наиболее разрушительным эмоциональным состоянием является *аффект*, под которым понимают эмоциональный процесс взрывного характера, неконтролируемый сознанием (частичное сужение сознания) и возникающий в ответ на психотравмирующую ситуацию.

Эмоциональные свойства – это устойчивые индивидуальные характеристики эмоционального реагирования человека, такие, как эмпатия (эмоциональная отзывчивость), эмоциональная лабильность (резкие колебания эмоций), эмоциональная ригидность (вязкость, патологическая фиксация эмоций), эмоциональная возбудимость (скорость «ответа»).

Анатомо-физиологической основой эмоциональных состояний служат подкорково-стволовые (лимбико-диэнцефальные) и корковые структуры, осуществляющие вегетативно-эндокринную регуляцию функций. Особую роль в процессе интеграции эмоций играет гипоталамус, выступающий в качестве диспетчерского пункта. Возникновение эмоций и их качество обусловлено степенью возбудимости гипоталамуса и содержащихся в нем центров симпатической и парасимпатической нервной системы. Именно гипоталамус в момент негативной стрессовой ситуации запускает системную программу мобилизации организма, осуществляющую изменение пульса, артериального давления, частоты дыхания и многого другого.

Внешними признаками эмоций являются их телесные (моторные) проявления – мимика, поза и выразительные движения (пантомимика), которые позволяют характеризовать состояние человека постороннему наблюдателю. Согласно теории П. Экмана, эмоции человека сопровождаются мимическими микродвижениями, которые не поддаются сознательному контролю. Все эти психофизиологические особенности проявлений эмоций позволяют оценить психическое состояние человека в условиях клинического эксперимента.

Нарушения эмоций могут выступать как в качестве структурных компонентов психопатологических синдромов, так и в качестве самостоятельного расстройства. При этом о патологии эмоциональной сферы правомерно говорить в тех случаях, когда содержание эмоциональных проявлений, их интенсивность, стойкость или частота возникновения деформируют поведение и вызывают серьёзную дезадаптацию человека.

Существует различные классификации нарушений эмоций. Так, по субъективному тону эмоции подразделяют на *положительные* (приятные) и *отрицательные* (неприятные); по влиянию на деятельность различают *стенические* (мобилизующие) и *астенические* (дезорганизующие, угнетающие); по механизму возникновения выделяют *реактивные* (как ответ на объективную ситуацию), и *витальные* (как следствие нарушения функций эмоциогенных структур головного мозга).

В рамках клинической психиатрии (Н.Е. Бачериков, 1989) нарушения эмоций классифицируются по 4 категориям:

1) патологическое усиление (эйфория и депрессия);
2) патологическое ослабление (паралич эмоций, апатия, эмоциональное уплощение и эмоциональная тупость);
3) нарушение подвижности (слабодушие, лабильность, инертность);
4) нарушение адекватности (неадекватность, амбивалентность эмоций, патологическая тревога и страх, дисфории, дистимии, патологический аффект) [7].

Наиболее обобщённая классификация нарушений эмоций включает в себя три категории: *нарушение интенсивности* (степени выраженности эмоции), *нарушение подвижности* и *искажение эмоций* (см. рис. 30).



Рис. 30. Классификация нарушений эмоций

Нарушение интенсивности эмоций характеризуется степенью выраженности экспрессии (силы эмоций) и проявляется как в патологическом усилении, так и в патологическом ослаблении эмоций.

Патологическое усиление эмоций отличается либо крайним *усилением положительных эмоций* (гипертимия, эйфория, мория, экстаз), либо крайним *усилением отрицательных эмоций* (гипотимия, дистимия, дисфория, раптус, патологическая тревога и страх, патологический аффект).

Гипертимия – представляет собой устойчивое экзальтированное состояние, неподкреплённое внешними причинами, сопровождающееся чрезмерным возбуждением, негативно отражающимся на познавательной деятельности (рассеянность внимания,

поверхностность мышления и т.п.). На протяжении продолжительного времени (недели, месяцы) больные находятся в приподнятом настроении, они переполнены оптимизмом и позитивной энергией, «бьющей через край».

Наблюдаются при психопатиях, маниакальном синдроме. Наиболее острые психозы сопровождаются особенно яркими экзальтированными порывами, достигающими степени *экстаза*.

Эйфория – патологически повышенное настроение без чрезмерного двигательного возбуждения, благодушно-беспечный аффект, сопровождающийся чувством наслаждения, счастья, расслабленности. Познавательная деятельность нарушена, наблюдается изменение темпа мышления и неустойчивость внимания.

Наблюдается при интоксикациях (инфекционной, наркотической, алкогольной). Может наблюдаться в структуре гипоманиакального, маниакального, паралитического и псевдопаралитического синдромов.

Мория – патологически повышенное настроение, сопровождающееся двигательным возбуждением (расторможенностью), нарушением когнитивных функций, дурашливостью, лепетанием, смехом.

Наблюдается при органических поражениях головного мозга (базально-лобных отделов), атрофических процессах головного мозга (тотальной деменции), интоксикации различной этиологии.

Экстаз – чрезмерно повышенное настроение, переживание восторга, необычайного счастья вплоть до исступлённого восхищения или чувства озарения. Сопровождается расстройством сознания (сумеречное помрачение, онейроид) и дезориентацией (пространственной, социальной).

Наблюдается при некоторых формах шизофрении (кататония), истерии, при наркотической интоксикации, эпилепсии.

Гипотимия – болезненно-пониженное настроение, сопровождающееся чувством печали, тоски, подавленности. Отличается статичностью, длительностью, суицидальными мыслями и поступками.

Наблюдается при психопатиях, депрессии (центральный симптом), входит в структуру обсессивно-фобического, ипохондрического и дисморфоманического синдрома.

Дистимия (депрессивный невроз) – болезненно пониженное настроение, длящееся в пределах нескольких часов или дней, преимущественно с преобладанием отрицательных эмоций и ослаблением влечений. Проявляется в форме депрессивно-тревожного состояния, сопровождающегося гневливостью, недовольством, раздражительностью.

Дисфория – болезненно пониженное настроение с преобладанием чувства злобы и ненависти. В дисфорическом состоянии больные склонны к вспышкам ярости и к агрессивным действиям, в том числе и к самоагрессии. Дисфория возникает и оканчивается внезапно, может длиться часами или днями.

Дистимия и дисфория наблюдаются при органических поражениях головного мозга, эпилепсии, психопатии.

Раптус – приступ неистового возбуждения (меланхолический взрыв), вызванный чрезмерно сильным чувством тоски или страха, сопровождающийся психомоторным возбуждением, сужением сознания, аутоагрессивными действиями. Возникает на фоне депрессивного состояния, заторможенности или ступора.

Патологический аффект – это болезненное эмоциональное состояние, проявляющееся как острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие. Характеризуется яростно-злобным настроением и агрессивным поведением на фоне сумеречного помрачения сознания. Выделяют три этапа течения патологического аффекта: *подготовительный, взрыв, заключительный*. Последний этап характеризуется отсутствием каких-либо реакций на содеянное, невозможностью контакта, болезненной прострацией, представляющей собой одну из форм оглушения.

Патологическая тревога и страх - это эмоциональное нарушение, при котором возникает гипертрофированное чувство опасности, при недостаточно осознаваемой и угрожающей ситуации либо как болезненная реакция. В состоянии тревоги интенсивность эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию несоразмерно выше величины объективной опасности.

Х. Христозов выделил три патологических вида страха:

- *навязчивый или фобия* (часто при сохранности критики);
- *ипохондрический* (возникает вследствие ипохондрических переживаний, без сохранности критики);
- *психотической* (возникает вследствие депрессивно-параноидных переживаний или как диффузный страх) [161].

Фобия – это навязчивое состояние в виде непреодолимой боязни различных предметов, движений, действий, поступков, ситуаций. Содержанием фобий может быть любое явление обыденной жизни. Центральным симптомом ***фобического синдрома*** являются разнообразные навязчивые страхи, которые, как правило, имеют неосознаваемый «фиксированный запуск». Фобия развивается постепенно, при этом нарастают эмоциональное напряжение и психический дискомфорт. На этом фоне остро проявляется страх, охватывающий больного в определённых условиях, а именно тогда, когда отдельные фрагменты внешней ситуации частично либо полностью напоминают ситуацию первоначального испуга [20;28].

Патологическая тревога и страх наблюдаются при психопатиях, неврозах. Входят в структуру обсессивно-фобического, ипохондрического, депрессивного, галлюцинаторно-параноидного, параноидного, делириозного и других синдромов.

Патологическое ослабление эмоций - это эмоциональное выхолащивание, которое проявляется в форме: *аффективного уплощения* и *апатии*.

Аффективное уплощение (эмоциональная тупость) – это эмоциональная патология, характеризующееся ослаблением или утратой эмоционального отклика, бедностью эмоциональных проявлений, душевной холодностью, безразличием. Постепенно нарастающее, стойкое оскудение высших эмоциональных переживаний в отношении близких и родных людей доходящее до безразличия к себе, своему положению, своей жизни. Является прогредиентным и необратимым состоянием.

Наблюдается при шизоидном расстройстве личности, шизофрении, органических повреждениях головного мозга, тотальной деменции.

Апатия – патологическое эмоциональное состояние, выражающееся в безразличии, безучастности, в отсутствии желаний и побуждений к какой-либо деятельности. Для апатии характерно чувственное притупление, равнодушие, безволие.

Наблюдается при шизофрении, грубых органических поражениях головного мозга, при различных соматических и неврологических заболеваниях.

Нарушение подвижности (устойчивости) эмоций характеризуется либо чрезмерной подвижностью (быстрой сменой полярных эмоций), либо стойкостью (застреванием) однополярных эмоций.

Слабодушие – это эмоциональная гиперестезия (сверхчувствительность), состояние легко колеблющегося настроения по любому малозначительному поводу, проявляющееся в слезливости, сентиментальности, капризности, раздражительности, быстрой утомляемости.

Наблюдается при - соматогенной астении, эндо- и экзогенно-органических психических расстройствах (чаще при церебральном атеросклерозе).

Эмоциональная лабильность – патологически неустойчивое настроение, характеризующееся быстрой сменой эмоциональной полярности без явной причины или по малозначительному поводу. При повышенной лабильности больной то плачет, то смеётся практически в один и тот же момент. Эмоциональная лабильность как физиологическое явление, характерное для детей младшего дошкольного возраста, обусловлена несформированностью системы эмоциональной регуляции (Т.П. Хризман, 1981, Л.С. Выготский, 1984). Патологическая эмоциональная лабильность у взрослых людей свидетельствует о нарушении нервной системы и психики.

Наблюдается при истерическом расстройстве личности, астеническом синдроме, при эмоционально-волевых расстройствах.

Эмоциональная ригидность характеризуется длительной задержкой (застреванием) на однополярных эмоциях, чаще всего на негативных (злость, ненависть, обида и т.п.). При этом для речи и мышления характерно проявление общей торпидности. Больной снова и снова пересказывает все нюансы волнующей его темы и неспособен переключиться на что-либо другое.

Наблюдается при эпилепсии, тревожно-мнительном, паранойяльном, эпилептоидном расстройстве личности.

Искажение эмоций характеризуется двойственностью (расщеплённостью) переживаний, а также несоответствием эмоционального реагирования (инверсия эмоциональной реакции). Проявляется в форме амбивалентности эмоций и паратимии.

Амбивалентность эмоций – это одновременное возникновение противоположных эмоций (антагонистов) по отношению к одному и тому же объекту или ситуации. Переживание одновременно сопровождается и приятными, и неприятными чувствами, например, любви и ненависти, жалости и жестокости. По мнению Е. Блейлера, который внёс значительный вклад в учение о шизофрении, амбивалентность является одним из четырёх основных симптомов этой болезни.

Паратимия – это извращение эмоций, их несоответствие содержанию той ситуации, которая эти эмоции вызвала. Переживание одной эмоции сопровождается внешним проявлением диаметрально-противоположной эмоции, например, радость при трагическом известии. Извращение эмоций может проявляться и в получении наслаждения от поедания фекалий и грязи, вызывающего в норме отвращение.

Наблюдается при шизофрении.

При соматических заболеваниях эмоциональные расстройства могут быть спровоцированы как реакцией на заболевание, так и общими механизмами патогенеза. В

любом случае эмоциональные расстройства отягощают течение соматических заболеваний, окрашивая его дополнительными, субъективно тяжело переживаемыми симптомами и удлиняя его течение. Поэтому своевременное выявление и коррекция эмоциональных расстройств играет немаловажную роль в лечении и в профилактике обострений целого ряда психических патологий.

Расстройства эмоциональной сферы при локальных поражениях головного мозга. Описания эмоциональных нарушений при локальных поражениях мозга в научной литературе носят противоречивый и нечёткий характер. Однако в отношении поражений лобных долей мозга достигнута некоторая определённость клинической картины, при которых характерным проявлением эмоциональных нарушений является исчезновение дифференцированности и адекватности эмоций, появление эмоционального безразличия, эйфории, иногда и «эмоционального паралича» (см. рис. 31).

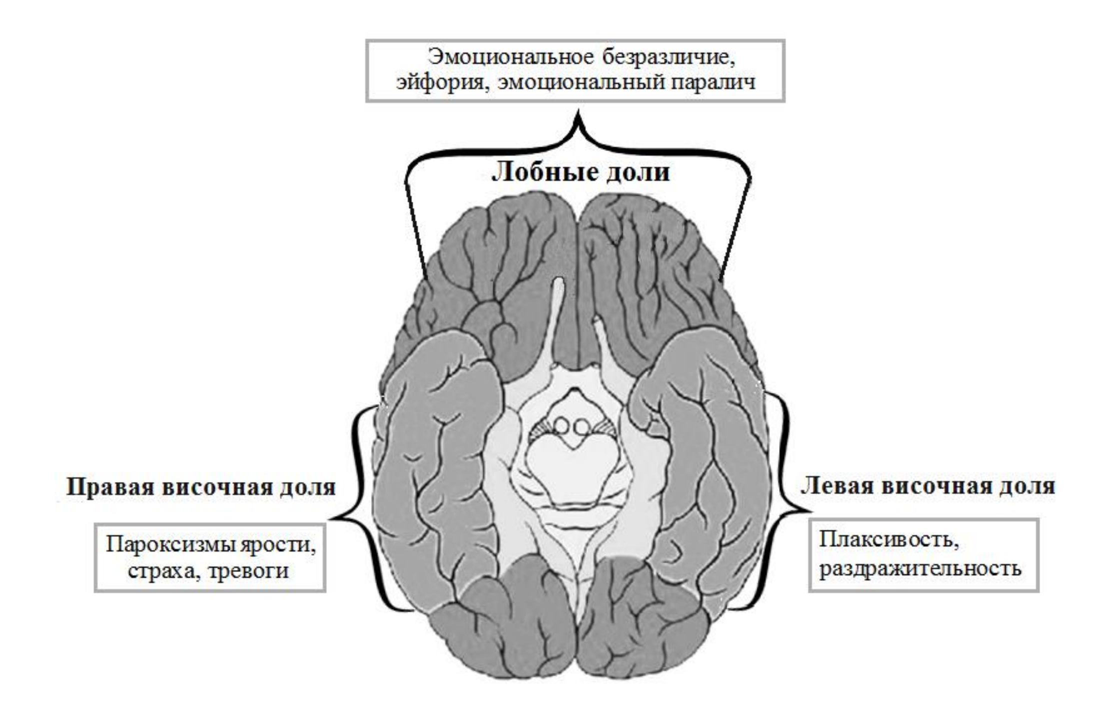


Рис. 31. Нарушение эмоций при локальных поражениях головного мозга

«Лобная симптоматика» может быть представлена двумя группами симптомов. Первая группа характеризует поражения медиобазальных отделов лобных долей мозга, а вторая – поражения латеральных конвекситальных отделов. При поражении медиобазальных отделов эмоциональный тон снижается, вследствие чего могут возникать приступы депрессии, тоски, патологического страха. Также возникают нарушения эмоционально-личностной сферы в виде неадекватного отношения к себе, своему состоянию, на первый план выступает растормаживание примитивных пищевых и половых влечений. При поражении конвекситальных отделов наблюдается доминирование апатии и безразличия, потеря интереса к окружающему.

Отличительной чертой «височной симптоматики» является относительная сохранность высшего личностного уровня эмоциональной сферы. При поражении правой височной доли возникают пароксизмы (усиление) ярости, страха, тревоги, ужаса, возникающие на фоне выраженных вегетативных и висцеральных нарушений. Зачастую они

переходят в стойкие фобии, иногда в оскудение эмоциональной сферы и стереотипии поведения. При этом для большинства этих приступов характерна сохранность критики больного. При поражении левой височной доли характерны эмоциональные расстройства в виде плаксивости и раздражительности. В случаях, когда очаг поражения находится в медиальных отделах височных долей, возможны проявления агрессивности и негативизма. Как отмечает Б.Д. Карвасарский, специфическую роль в этом отношении играет миндалевидное ядро, которое обеспечивает оценочное регулирование поведения в зависимости от эмоциональной дифференциации. В результате повреждения миндалины утрачивается способность адекватно оценивать эмоциональную сторону мимики собеседников, что приводит к трудностям в коммуникации.

В рамках изучения межполушарной асимметрии мозга полученные результаты показали, что для больных с поражением правого полушария характерно проявление лабильности эмоциональных реакций вследствие нарушения эмоционального контроля, благодушие, весёлость, безразличие к окружающему, беспечное отношение к своей болезни. У больных с поражением левого полушария на фоне общей заторможенности, вялости и пассивности часто усиливается интенсивность отрицательных эмоций, возникают депрессивные состояния в виде приступов тревоги, беспокойства и страха. На основе экспериментальных данных Е.Д. Хомская предполагает существование двух относительно автономных систем – отрицательного и положительного эмоционального реагирования. В частности, как отмечает Б.Д. Карвасарский, с определённой долей условности можно считать, что левое полушарие у правшей преимущественно «отвечает» за положительные эмоции, а правое – за отрицательные эмоции [69].

4.9. Нарушения воли

***Воля** – это особая форма психической активности человека, выражающаяся в сознательном регулировании своей деятельностью и поведением в ситуациях, требующих преодоления внутренних и внешних трудностей для достижения определённой цели.*

Любая деятельность человека представляет собой совокупность конкретных действий, которые могут быть произвольными и непроизвольными. Непроизвольные действия не требуют постановки цели и осознанного волевого усилия со стороны субъекта. Всякое волевое действие является преднамеренным и целенаправленным, поскольку его результат является побудительным мотивом действия. Посредством волевого усилия субъект планомерно осуществляет стоящую перед ним цель, подчиняя свои импульсы сознательному контролю и изменяя своё поведение и окружающую действительность в соответствии со своим замыслом. Следовательно, сознательный волевой акт требует определённой мыслительной деятельности – постановки цели, подбора средств для её достижения, осуществление контроля результатов отдельных действий и т.д.

Побуждения человека к действиям образуют упорядоченную систему – иерархию мотивов – от базовых потребностей (еда, сон, безопасность) до высших потребностей (познание, эстетические чувства, самоактуализация). В том случае, когда во имя высших мотивов в определённой мере тормозятся и сдерживаются низшие, можно говорить о проявлении воли.

Таким образом, произвольность любой деятельности формируется в процессе онтогенеза как целостная система сознательной саморегуляции, которая обеспечивает полноценное функционирование всех психических функций и поведения индивида в целом.

Из всего вышесказанного следует, что ***основная функция воли*** заключается в *сознательной регуляции поведения* в ситуациях, требующих преодоления трудностей. В большей мере эта функция воли проявляется в поддержании мотивации или устойчивой активности при возникновении внешних и внутренних помех на пути к достижению цели. Также волевая регуляция проявляет себя в случаях, требующих торможения или сдерживания других, причём зачастую сильных побуждений, не согласующихся с основной целью.

Волевые действия могут осуществляться как в простых, так и более сложных формах. Простой волевой акт, направленный на осознанную в той или иной мере цель, практически сразу переходит в действие, не требующее какой-либо мыслительной проработки. Цель, как правило, соответствует текущей ситуации, её реализация достигается посредством автоматических действий, как только поступает запрос.

Сложный волевой акт, по мнению С.Л. Рубинштейна, включает в себя 4 основных стадии или фазы [156, с.469]:

– *возникновение побуждения и предварительная постановка цели;*
– *стадия обсуждения и борьба мотивов;*
– *решение;*
– *исполнение.*

Волевое действие является избирательным актом, включающим сознательный выбор и решение, при этом борьба мотивов не представляет собой самое главное звено. Основополагающими звеньями являются исходная и завершающая фазы, то есть «явное осознание цели и настойчивость, твёрдость в её достижении» (С.Л. Рубинштейн, 1989).

Анатомо-физиологической основой волевых актов являются сложные системные взаимодействия различных структур головного мозга, ведущими из которых являются *конвекситальные отделы коры лобных долей мозга*, осуществляющие произвольную регуляцию и целенаправленность психической деятельности. *Пирамидная и экстрапирамидная система* осуществляет программу произвольного движения, а *ретикулярная формация* обеспечивает активацию коры головного мозга.

Любое волевое действие непосредственно связанно с двигательной активностью, а потому двигательно-волевая сфера включает в себя два основных компонента: *волевой* (сознательный и целенаправленный акт регуляции психической деятельности) и *двигательный* (простые и сложные движения или действия).

Классификация нарушений двигательно-волевой сферы представлена двумя категориями: *волевые расстройства* и *расстройства двигательной активности*, в рамках которых представлены нарушения, связанные с усилением, ослаблением и извращением волевой активности (см. рис. 32).



Рис. 32. Классификация расстройств двигательно-волевой сферы

Волевые расстройства – это нарушения волевого компонента поведения, которые проявляются в различных формах: *гипербулия*, *гипобулия* или *абулия, парабулия*.

Гипербулия – это болезненное усиление волевой активности, проявляющееся в спонтанно возникающих побуждениях к деятельности, сопровождающихся чрезмерно торопливыми действиями или хаотичной суетливостью, обусловленной импульсивным стремлением к незамедлительному результату. Гипербулия, как правило, сочетается со сверхценными и паранойяльными идеями. Чрезмерная возбуждённость, соскальзывание в процессе мыслительной деятельности, непоследовательность действий не позволяет больным реализовать их замыслы, а поведению придаёт неадекватный характер [59].

Наблюдается при наркотической ломке, психопатиях, входит в структуру маниакального синдрома.

Гипобулия – болезненное ослабление волевой активности, при котором фактически отсутствуют побуждения к какой-либо целенаправленной деятельности. Для больных становится недоступным постановка, осознание и реализация определённой цели, вследствие чего они крайне пассивны, ленивы, безразличны ко всему, малоподвижны, могут длительно находиться в одной и той же позе.

Наблюдается при астенических и депрессивных состояниях, шизофрении, энцефалопатии.

Абулия – это патологическое отсутствие волевой активности, выражающееся в утрате желаний, побуждений к деятельности. Больные безучастны к происходящему вокруг, малоподвижны, неконтактны. Ослабление воли часто сочетается с оскудением эмоций вплоть до апатии.

Наблюдается при астении, депрессии, шизофрении, лобных поражениях головного мозга, сенильных психозах.

Парабулия – это извращение волевой активности, проявляющееся в многообразных кататонических симптомах: *пассивная подчиняемость* чужому приказу, *мутизм* (отказ от речи), *стереотипии* (монотонное повторение действий), *негативизм* (противодействие), *каталепсия* (неизменность позы), *ступор* (оцепенение), *эхолалия* и *эхопраксия* (зеркальное отражение слов и действий соответственно).

Расстройства двигательной активности наблюдаются при психических расстройствах различной этиологии. Их условно подразделяют на *гиперкинетические, гипокинетические, паракинетические*.

Гиперкинетические расстройства характеризуются болезненным усилением двигательной активности или психомоторным перевозбуждением, проявляющимся в двигательной расторможенности и хаотичной суетливости. К данной группе расстройств относятся: *тасикинезия* (потребность находиться в постоянном движении) и *акатизия* (двигательное беспокойство с невозможностью усидеть на одном месте). При маниакальном состоянии психомоторное возбуждение сочетается с ускорением речевой продуктивности (тахифразией, тахилалией).

Наблюдается при синдроме дефицита внимания и гиперактивности, маниакальном, гебефреническом и кататоническом синдроме, при нарушении сознания.

Гипокинетические расстройства характеризуются болезненным ослаблением (психомоторная заторможенность) или отсутствием двигательной активности. К данной группе расстройств относятся: *брадикинезия* (общая замедленность темпа движений); *адинамия* (значительное уменьшение или полное прекращение двигательной активности); *акинезия* (невозможность произвольных движений вследствие параличей); *ступор* (полная обездвиженность). Снижение двигательной активности часто является признаками депрессии. Как правило, сопровождаются брадифренией (замедление психической активности) и брадифазией (замедление речи).

Наблюдается при выраженных астенических состояниях, депрессии, органических повреждениях головного мозга, тяжёлых инфекционных заболеваниях и др.

Паракинетические расстройства характеризуются либо дезавтоматизацией (утрата способности к автоматическому выполнению привычных действий), либо извращением двигательной активности.

Дезавтоматизированная деятельность может носить как функциональный (при чрезмерном волнении), так и органический (при органических поражениях головного мозга) характер. Например, при сильном волнении человек может потерять способность говорить или начать заикаться. Нарушение способности к выполнению автоматизированных действий наблюдается при различных видах *апраксии.*

Извращение двигательной активности проявляется в форме паракинезиии, навязчивых, насильственных и импульсивных действиях.

Паракинезия – непроизвольные стереотипные координированные движения, могут быть довольно сложными и напоминать произвольные акты.

Наблюдаются при тяжёлых массивных органических поражениях головного мозга различной этиологии с локализацией патологического очага преимущественно в лобных долях.

Навязчивые действия характеризуются непреодолимой потребностью в совершении определённых действий, когда-то имевших значение, но потерявших актуальность в настоящем, при этом больные сохраняют критическое отношение к ним (например, почёсывание кожи, выщипывание бровей, волос и т.п.).

Наблюдаются при невротических и неврозоподобных состояниях.

Насильственные действия – это двигательные акты, возникающие помимо воли и желания больного, сопровождающиеся чувством чуждости и насильственности. При

осознании их неадекватности, больной не может ими управлять (например: непроизвольные выкрики, покашливания, гримасы, сплёвывание и т. п.).

Импульсивные действия – это спонтанные, немотивированные действия, зачастую угрожающие жизни и здоровью как самого больного, так и окружающих. Импульсивные действия напоминают эпизоды амбулаторного автоматизма, наблюдающиеся в структуре сумеречного состояния сознания: снохождение (сомнамбулизм), сумеречного помрачения сознания с хаотическим возбуждением и стереотипными движениями (фуги) и т.п.

Наблюдаются при кататонии, эпилепсии, энцефалите.

Примитивные потребности и влечения регулируются волей, а её патология приводит к растормаживанию влечений и нарушению поведения в целом. В результате в клинике наблюдаются различные варианты патологических влечений в форме болезненного усиления, ослабления или извращения витальных потребностей и инстинктов.

Болезненное усиление инстинктивных потребностей и влечений может наблюдаться при органическом поражении или раздражении подкорково-стволовых структур головного мозга, в случаях угнетения регулирующей функции корковых структур, а также при эндокринных расстройствах. Ослабление влечений может иметь органическое и функциональное происхождение. Извращения инстинктивных потребностей и влечений вариативны по клиническим проявлениям, этиологии и патогенезу.

Клиническая классификация (Н.Е. Бачериков, 1989) нарушений влечений включает в себя три категории: *расстройство пищевых влечений, нарушение инстинкта самосохранения* и *расстройство половых влечений* (см. рис. 33).

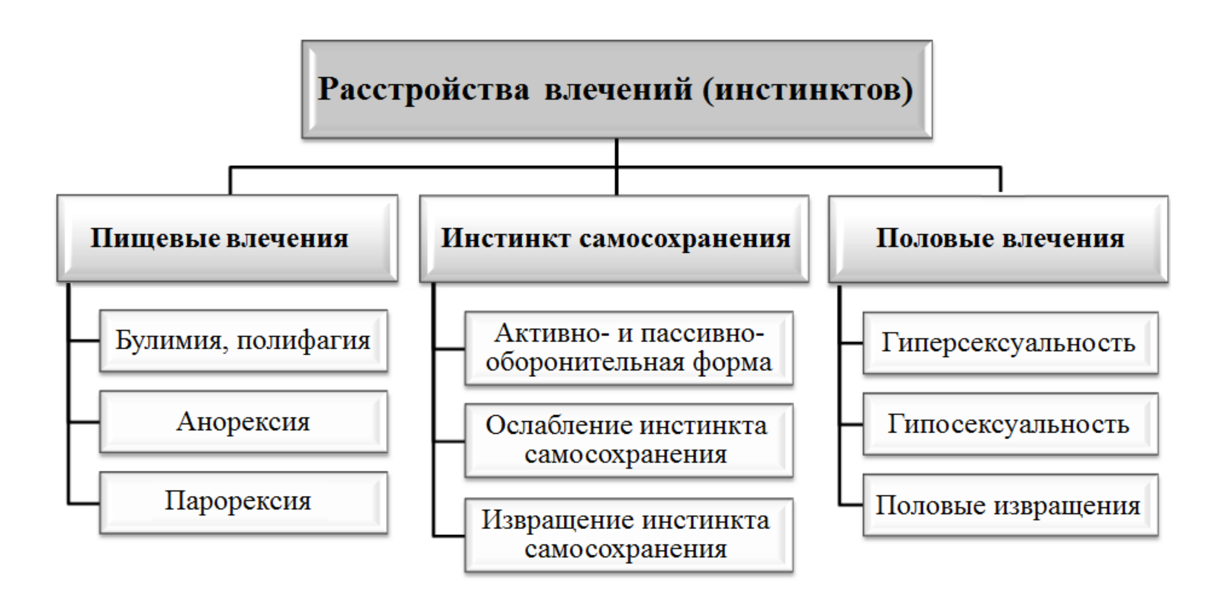


Рис. 33. Классификация нарушений влечений

Расстройства пищевых влечений проявляются в форме булимии (усиление), анорексии (ослабление) и парорексия (извращение).

Булимия (полифагия) – это расторможенное пищевое влечение, при котором отсутствует ощущение насыщения (сытости). Повышение аппетита и постоянное чувство голода могут возникать в форме невротической реакции на фрустрационные и стрессовые

ситуации. Булимия, в отличие от периодического пищевого возбуждения, относится к группе компульсивных влечений с сильнейшим стремлением к их удовлетворению.

Наблюдается при олигофрении, сенильной деменции, органических поражениях переднелимбической области и лобных долей, прогрессивном параличе, шизофрении, истерии.

Анорексия (афагия) – это стойкое ослабление или отсутствие пищевого влечения (утрата чувства голода) при сохранности пищеварительного аппарата. Ослабление пищевого влечения может быть явлением временным и обратимым. Существует несколько клинических форм анорексий: истерическая, эмоциональная, психическая.

Наблюдается при депрессии, депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, кататоническом ступоре, алкогольной абстиненции (психическая), неврозах и психических расстройствах личности (эмоциональная и истерическая соответственно).

Парорексия – это извращение пищевого влечения, проявляющееся в стремлении к поеданию несъедобных объектов (земли, стекла, волос, металлических обломков и т. п.) при сохранности вкусового анализатора. *Копрофагия* – поедание экскрементов, обычно собственных.

Наблюдается при различных эндокринопатиях, шизофрении, сенильной деменции, истерии, глубокой степени умственной отсталости, психическом маразме [7].

Расстройства инстинкта самосохранения проявляются в следующих формах: активно-оборонительное и пассивно-оборонительное поведение (усиление), суицидальное поведение (ослабление), самоистязание (извращение).

Активно-оборонительная форма усиления инстинкта самосохранения характеризуется приступами аффективного гнева, ярости в сочетании с агрессивным поведением, возникающим как реакция на несуществующую и мнимую внешнюю угрозу жизни. Эти приступы могут возникать как следствие первичных нарушений эмоциональной сферы и как реакция, вызванная галлюцинациями или бредовыми идеями угрожающего содержания. Они могут сопровождаться разрушительными и насильственными действиями, а иногда и паническими реакциями, приводящими больного к смерти.

Наблюдается при параноидном расстройстве личности, эпилепсии, синдромах со спутанностью и с сужением сознания, дисфориях, эндо- и экзогенных психозах.

Пассивно-оборонительная форма усиления инстинкта самосохранения характеризуется чрезмерным беспокойством о своём здоровье и жизни, усилением страха смерти, мнимого страха заражения всякого рода неизлечимыми болезнями и т.п.

Наблюдается при неврозах, психических расстройствах личности, ипохондрии, инволюционных психозах.

Ослабление инстинкта самосохранения характеризуется ослаблением либо отсутствием самозащитных реакций больного в угрожающих его жизни и здоровью ситуациях.

Наблюдается при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, депрессивных синдромах различной этиологии, кататонической форме шизофрении, глубокой деменции.

Извращение инстинкта самосохранения проявляется в суицидальных действиях, в стремлении к самоистязанию, нанесении самоувечий. Суицидальные попытки при психогениях чаще всего носят импульсивный и ситуационный характер. При истерическом

расстройстве личности, истерическом неврозе и психозе такие попытки зачастую носят демонстративный характер.

Наблюдается при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, депрессивных синдромах различного генеза, дисфории, эпилепсии, нарушении сознания, шизофрении с бредовыми идеями самообвинения, самоуничижения.

Расстройства половых влечений проявляются в форме: гиперсексуальности (усиление), гипосексуальности (ослабление) и сексуальных перверсий (извращение).

Гиперсексуальность (нимфомания, сатириазис) – это болезненное усиление полового влечения (сатириазис – у мужчин, нимфомания – у женщин). При нимфомании и сатириазисе половое влечение носит непреодолимый, компульсивный характер с невозможностью его удовлетворения при половых актах.

Наблюдается при маниакальных синдромах различной этиологии, органических повреждениях головного мозга (ЧМТ, опухоли с локализацией в гипоталамической и лимбической области, энцефалите), некоторых видах деменции, истерическом расстройстве личности, олигофрении, эпилепсии.

Гипосексуальность (алибидемия) – это ослабление или отсутствие полового влечения у мужчин и женщин, характеризующееся полным отсутствием интереса к сексу и половым актам в большинстве случаев вследствие врождённых или приобретённых нейроэндокринных расстройств. Ослабление или отсутствие либидо проявляется в форме *импотенции* у мужчин (нарушение эрекции, эякуляции, оргазма) и в форме *фригидности* у женщин (нарушение эректильной возбудимости и любрикации).

Наблюдается при неврастении, астеническом синдроме различной этиологии, депрессивных синдромов различной этиологии, шизофрении.

Половые извращения (перверзии, парафилии) – это отклонение от общепринятых сексуальных норм полового поведения в отношении объекта сексуального влечения или способов сексуального удовлетворения. Ряд авторов рассматривают извращения полового влечения как сложные личностные аномалии – сексуальные психопатии, которые отвечают триаде психопатических критериев по П.Б. Ганнушкину: социальная дезадаптация, тотальность и стабильность [42].

Половые перверзии многообразны, к ним относятся: *гомосексуализм* (проявление сексуального влечения к лицам своего пола), *эксгибиционизм* (демонстрация половых органов лицам противоположного пола), *вуайеризм* (наблюдение за чужим половым актом или обнажённым телом), *зоофилия* (половое влечение к животным), *садомазохизм* (половое удовлетворение посредством душевного или физического страдания, причиняемого партнёру или самому себе), *некрофилия* (половое влечение к мёртвым телам), *фетишизм* (половое влечение на отдельные вещи или части тела партнёра), *геронтофилия* (половое влечение к лицам пожилого возраста), *педофилия* (половое влечение к детям) и др. (Э. Крепелин, 1910).

На этиологию половых извращений не существует единой точки зрения. В качестве детерминирующих факторов их возникновения могут выступать: нервно-психическая неустойчивость, неблагоприятные условия воспитания, преждевременное или замедленное половое созревание, недостаточность гормональных функций. В рамках дизонтогенетической концепции природа половых извращений усматривается в нарушении индивидуального психосексуального развития в постнатальном онтогенезе.

4.10. Нарушения сознания

Сознание – *это высшая форма психического отражения объективной реальности и саморегуляции индивида. Сознание как высшая форма психической деятельности культурно-исторически детерминирована и свойственна только человеку*.

Человек не рождается с развитым сознанием, оно формируется в процессе физиологического и социального развития конкретного индивида и является продуктом его деятельности и общественных отношений (А.Н. Леонтьев, 1975).

С.Л. Рубинштейн отмечал, что сознание всегда предполагает познавательное отношение к предмету, находящемуся вне сознания. Его основными характеристиками является: *активность* и *интенция*. Активность сознания проявляется в дифференцированном отражении предметов и явлений внешнего мира согласно степени их значимости для субъекта, что, в свою очередь, определяет интенцию сознания или направленность психической активности человека на достижение определённой цели.

Сознание опосредует не только активный процесс отражения окружающего мира, но и процесс осознание себя, развитие самосознания (Я-концепции), которое формируется как система ценностно-смысловых и личностных отношений человека к миру. Самосознание обуславливает содержание и процесс познания действительности, а также определяет уровень самоорганизации индивида, принципы его поведенческой саморегуляции (М.И. Еникеев, 1999).

В психиатрии понятие сознания представлено в более узком смысле и рассматривается как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов (К. Ясперс, 1929). Б.В. Зейгарник называла такое понимание сознания «рабочим», характеризующим отдельные признаки нормального – ясного сознания, в отличие от ряда клинических признаков его нарушения.

К основным симптомам расстройства сознания, по мнению немецкого психиатра К. Ясперса, относятся:

– *отстранённость от реального внешнего мира* (частичное или полное отсутствие понимания происходящего вокруг);
– *дезориентированность в пространстве, во времени и в собственном «Я»;*
– *утрата связности* (расстройство мышления и памяти, вследствие чего нарушается осознание событий и их связанность) [197].

С клинической точки зрения основными характеристиками ясного и бодрствующего сознания являются: самопроизвольное открывание глаз, адекватная и скоординированная реакция на внешний раздражитель, адекватная ориентировка, контактность и активное мышление. Различают *аутопсихическую* и *аллопсихическую* ориентировку. Первая подразумевает ориентировку в собственной личности, вторая – ориентировку в пространстве, времени, ситуации и окружающих людях. Под *контактностью* понимают способность устанавливать продуктивный вербальный контакт с окружающими, а под *активным мышлением* подразумевается целенаправленность мысли, сохранение мыслительной динамики в определённом направлении, продуктивное осмысление и адекватные выводы [131].

Выделяют две основные категории нарушения сознания: количественные и качественные. К первой относят формы угнетения сознания, ко второй – формы искажения сознания (см. рис. 34).



Рис. 34. Формы нарушения сознания

Угнетение сознания или **оглушение** – это различные формы нарушения ясности сознания, обусловленные патологическим торможением центральной нервной системы. Общими характеристиками оглушения являются: затруднение или отсутствие реакции на внешние воздействия вследствие резкого повышения порога возбудимости анализаторов, замедление психических процессов, затруднение или отсутствие ориентировки в окружающем пространстве и времени, а также отсутствие продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации). Уровень оглушения варьируется от полной обездвиженности и отсутствия реакции на внешние раздражители до тотальной потери способности отражать реальность.

По глубине нарушения сознания различают следующие степени оглушения: *обнубиляция, сомноленция, сопор, кома*.

Обнубиляция представляет собой лёгкую степень оглушения сознания, при которой ориентировка в пространстве, времени и собственной личности остаётся частично сохранной. Больные периодически доступны контакту, способны отвечать на вопросы. При этом наблюдается цикличное колебание активности сознания, реакции замедлены, активность мышления и моторики снижена, понимание быстро меняющейся ситуации затруднено, порог чувствительности, в том числе и болевой, завышен. Более сильные внешние раздражители вызывают временное прояснение сознания. Воспоминания о периоде обнубиляции частично амнезируются.

Наблюдается при черепно-мозговых травмах, интоксикации, гипертонических кризах.

Сомноленция – более глубокая степень оглушения сознания, характеризующаяся значительным снижением психической активности, патологической сонливостью (сомнолентность), высоким порогом чувствительности к внешним раздражителям. Больные

находятся в сонном состоянии, из которого их можно вывести только воздействием сильных раздражителей. Осмысление окружающих объектов и событий поверхностное, их идентификация затруднена, вследствие чего нарушена аллопсихическая ориентировка. Вербальный контакт значительно затруднён, больные при пробуждении способны дать односложные ответы (да-нет) на простые вопросы, после чего тотчас погружаются в глубокий сон.

Сомноленция наблюдается после судорожных припадков на выходе из эпилептической комы, при этом сохраняются защитные реакции в виде отталкивания рукой или отстранения от раздражителя.

Сопор (патологический сон) – глубокое расстройство сознания с полным прекращением психической деятельности. Больные находятся в состоянии глубокого сна, разбудить их не удаётся. Вместе с тем сохраняются зрачковые рефлексы, а также недифференцированные, защитные моторные реакции на очень сильные раздражители (яркий свет, сильный звук, боль). Так, больной может реагировать стонами или открыть глаза в ответ на очень сильный раздражитель, при этом вербальный контакт невозможен. Воспоминания о периоде сопора полностью амнезируются.

Наблюдается при органических поражениях головного мозга различной этиологии, эндокринных расстройствах, эпилепсии, тяжёлых интоксикациях.

Кома – это полная утрата сознания, характеризующаяся отсутствием рефлексов на внешние даже очень сильные раздражители, затуханием безусловных рефлексов, обеспечивающих регуляцию жизненно важных функций организма. Запредельной комой называется состояние «мозговой смерти» при искусственном поддержании функций жизненно важных систем организма. При выведении больного из состояния комы наблюдается тотальная конградная амнезия.

В нижеследующей таблице представлены обобщённые клинические признаки, характерные для разных форм оглушения сознания (см. таблицу 9).

Таблица 9

Клинические признаки различных форм оглушения сознания

Признак	Обнубиляция	Сомноленция	Сопор	Кома
Ориентировка	Частичная	Нарушена	Отсутствует	Отсутствует
Вербальный контакт	Ограничен	Значительно затруднён	Отсутствует	Отсутствует
Выполнение инструкций	Замедлено	Элементарные	Отсутствует	Отсутствует
Открывание глаз	Сохранно	Сохранно	На сильный болевой раздражитель	Отсутствует
Моторная реакция	Координация сохранна	Координация замедлена	Координация нарушена	Отсутствует
Амнезия кризисного периода	Частичная	Фрагментарная	Тотальная	Тотальная

Искажение сознания (помрачение) представляет собой ряд психических расстройств, для которых характерны следующие симптомы: искажение самосознания и восприятия окружающего мира, нарушение связности мышления и ориентации в пространстве, времени, ситуации и собственной личности, продуктивная психопатологическая симптоматика, (галлюцинации, бред), неадекватность поведения.

Сумеречное помрачение сознания характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью, столь же внезапным прекращением и тотальной амнезией переживаний. Сопровождается речедвигательным возбуждением или внешне упорядоченным поведением, чувством страха, тоски, злобы, острым образным бредом и внезапным наплывом галлюцинаций. В период сумеречного состояния больные могут выполнять привычные автоматические действия (например, если в поле зрения больного попадёт нож или ножницы, то он начинает ими резать все, что находится в поле его зрения). Под влиянием бреда и напряжённого аффекта больные способны совершать опасные действия, угрожающие как их собственной жизни, так и жизни окружающих. В ряде случаев сохраняются элементарная ориентировка в окружающей обстановке, правильное узнавание отдельных лиц, элементы самосознания (*ориентированное сумеречное помрачение сознания*).

Сумеречное помрачение сознания, не сопровождающееся бредом, галлюцинациями и изменением эмоций, носит название «*амбулаторного автоматизма»* (непроизвольное блуждание). В бодрствующем состоянии амбулаторный автоматизм проявляется в форме *фуги* или *транса*, а во время сна в форме *сомнамбулизма* (Б.В. Зейгарник, 1986).

Встречаются психогенно обусловленные сумеречные состояния, характеризующиеся выключением из реальной обстановки и переносом в галлюцинаторную ситуацию, замещающую психотравмирующую. Окружающее воспринимается выборочно и соответственно болезненным переживаниям, что в свою очередь объясняет частичную амнезию, возникающую после выхода из сумеречного состояния. Могут также встречаться психогенные эпизоды сомнамбулизма (В.А. Жмуров, 1986).

Наблюдается сумеречное помрачение сознания при реактивных, сосудистых и интоксикационных психозах, вялотекущей шизофрении с истерическими диссоциативными проявлениями, эпилепсии, опухолях головного мозга, в остром периоде черепно-мозговой травмы.

Делирий характеризуется преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения при сохранности сознания. Аллопсихическая дезориентировка связана с искажением восприятия окружающей обстановки, однако сами больные противопоставляют свою личность переживаемой ситуации, не отождествляя себя с ней. Зачастую способны дифференцировать лица близких и родных. При делирии наблюдается быстрая смена проявлений различных эмоций (с преобладанием отрицательных), двигательное и речевое возбуждение, фрагментарность и бессвязность мышления, ложные узнавания. При воспоминании о периоде делириозного состояния частично амнезируются болезненные переживания и реальные события.

Наблюдается при алкогольных психозах, интоксикации (лекарственные, наркотические), инфекционных и соматических заболеваниях, менингитах, энцефалитах, сосудистых заболеваниях головного мозга.

Онейроид – особая форма помрачения сознания, характеризующаяся наличием развёрнутых фантастических псевдогаллюцинаций и двигательных расстройств

(кататонический ступор). На начальной стадии онейроида в сознании больного создаётся феерическая бредовая концепция окружающего мира и своего положения в нем, при этом ещё сохраняется аллопсихическая и аутопсихическая ориентировка. На стадии истинного онейроида возникающие картины-грёзы, похожие на сновидения, следуют в определённой последовательности разворачивающегося фантасмагорического сюжета (сценоподобность), в котором сам больной принимает участие в роли наблюдателя, главного героя, жертвы и т.п. В этот момент исчезает противопоставление своей личности переживаемой ситуации, вследствие чего возникает нарушение осознания своего «Я», но не полное отчуждение, так как больной может частично осознавать, что он находится в больнице, и в то же время, что он сказочный герой. То есть наблюдается двойная ориентировка в пространстве, времени и в собственной личности. При воспоминании о периоде онейроида амнезируются только реальные события.

Наблюдается при инфекционных и интоксикационных психозах, шизофрении.

Аменция – это глубокая степень нарушения сознания, характеризующаяся бессвязностью речи и мышления, полным нарушением ориентировки в пространстве, времени, ситуации и собственной личности. Окружающее воспринимается фрагментарно. Для больных характерно двигательное возбуждение в ограниченном пространстве. Так, лёжа на постели, больной может хаотично двигать руками, ногами, извиваться телом. Возбуждение, как правило, сменяется периодами астенической прострации. Галлюцинации бессвязны, эпизодичны, элементарны. Могут возникать дискретные бредовые идеи. Длительность аментивного помрачения сознания варьирует от нескольких дней до нескольких недель. Весь период помрачения сознания полностью амнезируется.

Наблюдается при инфекционных, соматических и интоксикационных психозах, встречается при шизофрении и органических психозах.

В таблице 10 представлены обобщённые клинические признаки, характерные для разных форм помрачения сознания

Таблица 10

Клинические признаки различных форм помрачения сознания

Признак	Сумеречное помрачение сознания	Делирий	Онейроид	Аменция
Ориентировка	Частичная или отсутствует	Сохранна аутопсихическая	Двойная	Отсутствует
Продуктивная симптоматика	Частичная или отсутствует	Истинная	Фантастическая	Отсутствует или элементарная
Эмоции	Страх, тоска, злоба	Тревога, страх	Восторг, удивление, восхищение	Растерянность, недоумение
Моторика	Автоматизмы	Психомоторное возбуждение	Психомоторная заторможенность	Возбуждение в пределах постели
Амнезия кризисного периода	Тотальная	Фрагментарная	Реальных событий	Тотальная

Необходимо отметить, что рассмотренные формы нарушения сознания дают неполное представление обо всём том многообразии, которое встречается не только в клинике, но и в судебно-психиатрической практике. Диапазон психогенных нарушений сознания достаточно широк, начиная от специфических чисто психогенных изменений, которые не всегда носят патологический характер, и заканчивая патологическими формами глубокого нарушения сознания.

Одной из специфических форм нарушения сознания при реактивных состояниях является аффективно-суженное сознание, которое наблюдается не только в качестве самостоятельного синдрома, но и является определённым переходным этапом при возникновении реактивного психоза.

Аффективно суженное сознание – это форма нарушения сознания, характеризующаяся доминированием в сознании аффективно окрашенных переживаний, представлений и побуждений, непосредственно связанных с психотравмирующей ситуацией. При этом в зависимости от степени и глубины сужения сознания в той или иной мере сохраняется ориентировка в пространстве, ситуации, времени и собственной личности. Сохранными остаются накопленные знания и личный опыт. Иногда сознание сосредоточено не на травмирующих переживаниях, а на замещающих их представлениях.

Наблюдается при реактивных психозах, острых аффективных реакциях, при крайней степени напряжения и утомления.

В рамках реактивных состояний также рассматриваются так называемые *исключительные состояния,* которые представляют собой группу острых кратковременных нарушений психической деятельности различной этиологии, имеющие схожие клинические признаки.

Исключительные состояния характеризуются внезапным началом, обусловленным определённой внешней ситуацией (как правило, психотравмирующей), непродолжительностью, нарушением сознания, дезориентировкой, а также полной или частичной амнезией при выходе из патологического состояния. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями, и в большинстве случаев представляют собой единственный эпизод в жизни. К исключительным состояниям относят: *патологический аффект, патологическое просоночное состояние,* реакцию *«короткого замыкания»* и *патологическое опьянение* [57].

Патологический аффект представляет собой внезапное и кратковременное психогенное состояние, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов. Выше (см. параграф 4.8.) патологический аффект и его стадии рассматривались в рамках эмоциональных нарушений. Однако основным фактором, характеризующим данное нарушение, является именно сознание. Так, немецкий психиатр Р. Крафт-Эбинг, автор термина «патологический аффект» (1897), описывал его как глубокое расстройство сознания, сопровождающееся бессвязностью и разорванностью мышления, частичной или полной утратой воспоминаний о периоде аффекта. В своё время В.П. Сербский и С.С. Корсаков относили патологический аффект к состояниям умоисступления и беспамятства.

В подготовительной фазе наблюдается нарастание напряжения и аффективное сужение сознания. Аффект гнева или исступлённой ярости мгновенно достигает кульминационной точки, сопровождающейся глубоким помрачением сознания с резким повышением порога чувствительности и полной дезориентировкой. На пике помрачения

сознания возможно возникновение иллюзий и галлюцинаций. Аффективный разряд, по описанию С.С. Корсакова, «выливается в ряд агрессивных действий, иногда носящих характер сложных произвольных актов, совершаемых с жестокостью автомата или машины». На заключительной фазе происходит восстановление психической деятельности с явлениями постреактивной астении (терминальный сон, общая психическая слабость) [82, с. 47].

Патологическое просоночное состояние характеризуется неполным пробуждением после глубокого сна вследствие неравномерного перехода от сна к бодрствованию отдельных систем головного мозга. При таком «пробуждении» сознание остаётся в состоянии сонного торможения (состояние помрачения) и сопровождается глубокой дезориентировкой. Искажённо воспринимаемые реальные события вплетаются в устрашающее сновидение, сочетающееся с иллюзорными и даже кратковременными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. В таком состоянии человек способен к агрессивно-защитным действиям, которые проявляются как в форме автоматизмов, так и форме целенаправленных действий, отражающих патологические переживания. В просоночных состояниях нередко совершаются убийства и наносятся тяжкие телесные повреждения. После полного пробуждения и восстановления сознания наблюдается адекватная реакция потрясения и растерянности по поводу содеянного, при этом воспоминания о самом периоде просоночного состояния обычно амнезируются.

Реакция короткого замыкания – это патологическое состояние, возникающее под воздействием случайной внешней причины («последней капли») на фоне пролонгированного и нарастающего эмоционального напряжения с доминированием в сознании представлений, связанных с психотравмирующим источником. На подготовительном этапе происходит неосознаваемое формирование «аффективной почвы» (снижение порога аффективной устойчивости), на фоне которой развиваются неглубокие депрессивные и астенические состояния. Вспышка аффекта возникает резко и сопровождается состоянием помрачённого сознания, внезапными действиями разрушительного характера с последующей амнезией, что несвойственно собственно патологическому аффекту. Существует мнение, что в реакции данного типа проявляется диссоциативное расстройство личности, когда поведение подчинено активизировавшейся автономной субличности индивида (Н.Мак-Вильямс, 1998); (Ю.В. Попов, В.Д. Вид).

Зачастую при диссоциативном расстройстве наблюдаются явления ***деперсонализации*** и ***дереализации***. У больных возникают приступы замешательства и потерянности, они не могут понять, кто они и что происходит. Проявление реактивного психоза на фоне нарушение сознания и в сочетании с явлениями деперсонализации и дереализации даёт основание судебно-психиатрической экспертизе считать, что правонарушение совершено в состоянии психогенного психоза. Лиц, совершивших противозаконное действие при таком диагнозе, признают невменяемыми.

Дереализация – один из дополнительных признаков нарушения самосознания, проявляющийся в субъективном искажении восприятия окружающей действительности, одушевлённых и неодушевлённых предметов. При дереализации происходит не изменение соотношения размеров или форм, не возникновение каких-либо иллюзий и галлюцинаций, а искажение целостного мировосприятия и его общего тона. Окружающее воспринимается расплывчато, становится нечётким, чуждым, призрачным, застывшим. То есть при дереализации нарушение восприятия не столько затрагивает физические свойства

окружающих предметов (как при сенсорных расстройствах), сколько индивидуальную значимость [9].

Деперсонализация – это расстройство самосознания с субъективным чувством отчуждения собственной личности, проявляющееся в ощущении деформации физического тела и дезорганизации некоторых или всех психических процессов. Сами больные осознают такое состояние и болезненно переживают. По мнению И.М. Беккера, деперсонализация развивается в четыре этапа:

- ✓ *На первом этапе* больные отмечают изменение отдельных психических процессов таких как: ощущение, мышление, представления, чувства, осознание своего «Я».
- ✓ *На втором этапе* происходит исчезновение чувств, мыслей, ощущений, представлений. Больные утверждают, что у них исчезли ощущения, мысли, чувства. Как правило, на этом этапе больные обращаются за помощью.
- ✓ *На третьем этапе* чувства, мысли, суждения, представления, импульсы воли отчуждаются, становятся «чужими» (моё сознание уже не моё). Все исследователи сходятся во мнении, что отчуждение «Я» обуславливает проявление психического автоматизма.
- ✓ *На четвёртом этапе* происходит расщепление «Я» или диссоциация личности. Больные как бы со стороны наблюдают за собой и собственной жизнью. Вся их жизнь похожа на сновидение, в котором они неспособны контролировать и управлять собственными действиями и мыслями.

В клинике выделяют два вида деперсонализации: соматопсихическая и аутопсихическая.

Соматопсихическая деперсонализация характеризуется чувством чуждости собственного тела либо отдельных его частей, иногда даже чувством исчезновения, при этом не наблюдается объективное расстройство тактильной, проприоцептивной, висцеральной чувствительности, отсутствуют также расстройства «схемы тела» так как больные не ощущают изменения пропорций или размеров тела, они просто его не чувствуют [81, 192]. Хотя необходимо отметить, что существуют мнения о наличии расстройства «схемы тела» при деперсонализации (Б.В. Зейгарник, 1986).

Аутопсихическая деперсонализация выражается в переживании чувства изменённого «Я». При полной утрате собственного «Я» говорят о развитии тотальной деперсонализации. Разновидностью аутопсихической формы деперсонализации является синдром «Алисы в стране чудес», представляющий собой сочетание деперсонализации с явлениями дереализации [172].

Дереализация и деперсонализация редко встречаются в качестве самостоятельных расстройств сознания – обычно они рассматриваются как симптомы в структуре различных синдромов. Диагностическое значение этих феноменов во многом зависит от того, в сочетании с какой симптоматикой они наблюдаются.

Контрольные вопросы

1. Перечислите количественные и качественные нарушения ощущений.
2. В чем заключается отличие иллюзии от галлюцинации?
3. Какие формы нарушения внимания вам известны?
4. Какие признаки синдрома дефицита внимания и гиперактивности вы знаете?
5. Перечислите и дайте характеристику основных видов нарушений памяти.

6. Какие законы, связанные с процессом памяти, вы знаете?
7. Охарактеризуйте нарушение операциональной стороны мышления.
8. Что вы знаете о нарушении динамики мышления?
9. В чем заключается нарушение личностно-мотивационного компонента мышления?
10. Чем обусловлено недоразвитие речи?
11. Какие вы знаете виды нарушения речи?
12. Как проявляется нарушение работоспособности?
13. Что вы знаете об умственной отсталости? Перечислите и охарактеризуйте её уровни.
14. Что такое деменция, и какие её виды вам известны?
15. Охарактеризуйте нарушение интенсивности эмоций.
16. В чем разница между патологическим и физиологическим аффектом?
17. Что значит – продуктивные эмоциональные расстройства?
18. В чем заключается основная функция воли?
19. Какие волевые расстройства вы знаете? Дайте их характеристику.
20. Перечислите основные симптомы расстройства сознания по К. Ясперсу.
21. Какие формы угнетённого или оглушённого сознания вы знаете?
22. Перечислите формы искажения сознания и дайте их характеристику.

Рекомендуемая литература

1. Амасьянц, Р.А., Амасьянц, Э.А. Интеллектуальные нарушения. Учебное пособие. - М.: Педагогическое общество России, 2004.
2. Блейхер, В. М. Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983.
3. Веккер, Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов. М.: Смысл, 1998.
4. Выготский, Л.С.. Мышление и речь. М.: Лабиринт,.1999.
5. Епифанцева, Т.Б. Настольная книга педагога-дефектолога. Ростов н/Д: Феникс, 2007.
6. Зейгарник, Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
7. Кандинский, В.Х. О псевдогаллюцинациях. СПб.: Фонд Содружество, 2001.
8. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2004.
9. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. М.: МЕДпресс информ, 2008.
10. Московкина, А.Г., Уманская, Т.М. Клиника интеллектуальных нарушений: Учебное пособие/ М.:Прометей. – 2013.
11. Мягков, И.Ф., Боков, С.Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии. Учебник для вузов. М., 1999.
12. Хомская, Е. Д. Нейропсихология. СПб.: Питер, 2005.
13. Хрестоматия по вниманию. Под ред. А. Н. Леонтьева. М.: МГУ, 1976.
14. Ясперс, К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. М.: Практика, 1997.



ГЛАВА 5. Детская патопсихология

Детская патопсихология представляет собой раздел общей патопсихологии, который базируется на тех же основных принципах, цели и содержании. На становление детской патопсихологии как особой области знаний большое влияние оказали работы Л.С. Выготского, в частности, его учение о закономерностях аномального развития, в основе которого лежит положение о единых законах психического развития нормального и аномального ребёнка в процессе освоения культурно-исторического опыта. Идеи Л.С. Выготского легли в основу научных работ В.В. Лебединского (1985), С.Я. Рубинштейн (1986), посвящённых проблематике закономерностей онтогенеза психического развития ребёнка в норме и патологии.

5.1. Объект, предмет и задачи детской патопсихологии

Детская патопсихология тесно связана с дефектологией (специальной психологией и специальной педагогикой) и детской психиатрией. Их объединяет общая направленность на ***объект***, в качестве которого выступает ребёнок с аномальным психофизиологическим развитием. При этом предметом исследования дефектологии являются общие закономерности развития, обучения и воспитания аномальных детей, а для детской психиатрии предметом является этиология и патогенез патологического развития ребёнка при различных психических заболеваниях, а также методы психиатрической помощи таким детям.

Предметом изучения детской патопсихологии являются закономерности развития, функционирования и распада высших психических функций и свойств личности детей, имеющих отклоняющееся или дефицитарное развитие психики вследствие психического заболевания, патологии мозга или особых условий воспитания, развития и созревания (Н.В. Зверева, 2008).

Основной отличительной чертой детской патопсихологии является специфика подхода к исследованию детей с аномальным развитием и к последующей коррекционной работе с ними. Важной особенностью такого подхода является качественный анализ психических процессов и вскрытие патопсихологических механизмов формирования психики детей.

Аномальное развитие высших психических функций происходит по тем же законам, что и нормальное, но по иному пути. Дефицитарность развития приводит к значительной перестройке всей системы психики ребёнка, следовательно, психолог должен изучать не отдельный дефект, а целостную систему психической организации аномального ребёнка. По этому поводу Л.С. Выготский писал: «Только опираясь на эту целостность, мы можем эффективно осуществить реабилитацию пациента. Надо обращать внимание не на то, чего у него нет, а на то, что у него есть и от чего мы можем оттолкнуться, чтобы восстановить нарушенные функции» [37, с. 14].

Развитие психики нормального ребёнка это качественный процесс её изменения, несводимый к арифметической сумме отдельно накопленного опыта. Суть его заключается в

постепенном прохождении качественно новых уровней познания хронологически и иерархически обусловленных. Результатом или целевым ориентиром прохождения каждого уровня является психологическое изменение – *новообразование*, которое характеризует определённый возрастной этап и даёт основание перехода к следующему уровню. Переход на другой уровень Л.С. Выготский назвал «возрастным кризисом», который представляет собой внутреннюю перестройку личности ребёнка на новую основу, определяющую его отношение к среде, изменение потребностей и побуждений, равно как и его поведение. Под ***новообразованиями*** понимается широкий спектр психических явлений от психических процессов (развитие речи, трансформация мышления) до отдельных свойств личности («Я»-концепция, направленность и др.).

Согласно основным положениям патопсихологии аномальные проявления развития детей должны быть выявлены и оценены в их соотношении к определённому этапу возрастного развития детей в норме. При этом, отталкиваясь от основных принципов патопсихологии, экспериментально-психологическое исследование детей должно быть проведено с позиции качественного анализа, представляющего собой комплексную оценку целостной системы психики аномального ребёнка.

В научно-теоретическом плане детская патопсихология изучает:

- основные закономерности нарушения психического развития детей;
- основные признаки отклонений развития на различных возрастных этапах;
- психологические характеристики различных форм психических расстройств в детском возрасте.

Вместе с тем детская патопсихология не ограничена изучением закономерностей нарушения развития психики, она имеет и практическую направленность на оказание диагностической, коррекционной и других видов психолого-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии.

Практическими задачами детской патопсихологии являются:

- *дифференциально-диагностическая*, которая заключается в диагностической оценке уровня психического развития аномальных детей, его соответствия или несоответствия возрастным нормам (оценка познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом);
- *экспертная* – решение экспертных вопросов, касающихся школьного обучения;
- *профилактическая* – оценка и коррекция детско-родительских отношений, предупреждение возникновения отклонений в психическом развитии детей (консультационная работа с семьёй, помощь в преодолении стресса, связанного с болезнью ребёнка, способствование сохранению качества жизни всех членов семьи);
- *коррекционно-развивающая* – разработка коррекционных и реабилитационных мероприятий.

5.2. Основные понятия детской патопсихологии

Дизонтогенез – это нарушение индивидуального развития организма, возникшее во внутриутробный период или в раннем детском возрасте. В отечественной литературе применительно к дизонтогенезу принят термин «аномалии развития» [155].

Аномальное развитие в широком смысле, есть всякое отклоняющееся развитие от критериев нормы. Другими словами, аномальным может считаться как развитие детей с ретардацией (замедлением), так и с акселерацией (ускорением) психического развития. В узком смысле аномальное развитие является синонимом понятия «патологическое развитие», болезненное по происхождению и ведущее к дезадаптации. Именно в таком понимании используется данное понятие в детской патопсихологии и в смежных с ней дисциплинах.

Сенситивный период – это возрастной период психического развития ребёнка, в течение которого организм обладает повышенной чувствительностью к определённому роду воздействий внешней среды. Ребёнок становится как физиологически, так и психологически готов к усвоению новых знаний и форм поведения. Так, от 3 до 5 лет дети наиболее готовы к овладению речью, в 5-7 лет – к овладению чтением и т.д. Важно отметить, что эти периоды специфической готовности проходят и в случаях депривации или дефицита определённого внешнего стимула, адекватного сенситивному периоду, наблюдаются задержка и отставание в развитии соответствующей функции (А.А. Реан, 2003).

Категория возраста является базовым понятием для наук, изучающих развитие человека. В психологии понятие возраста многомерно, оно включает в себя ряд аспектов: хронологический, биологический и психологический возраст (Л.С. Выготский, 1984) [40. с.244-268].

Хронологический возраст – это весь прожитый человеком период времени от рождения до настоящего момента, имеющий чёткую возрастную границу – день, месяц, год.

Биологический возраст – это совокупность морфофункциональных особенностей организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития. Биологический возраст в значительной степени определяется хронологическим возрастом. Однако, как показали исследования, разница между хронологическим и биологическим возрастом может достигать 5-ти лет. Дети с замедленным темпом биологического развития менее активны, у них отмечаются повышенная отвлекаемость и нарушение работоспособности.

Психологический возраст – это уровень психологической зрелости, который определяется путём соотнесения уровня психического (умственного, эмоционального и т.д.) развития индивида с соответствующими нормативными среднестатистическими показателями (Е.И. Головаха, А.А. Кроник, 1984).

Дефект **–** это физический или психологический недостаток, обуславливающий изменение нормального развития ребёнка. В структуре дефекта различают *отрицательные признаки* (недостаточность определённой функции, нарушающей нормальное развитие системы) и *положительные признаки* (компенсаторное усиление неповреждённых функций системы). Использование опоры на сохранные функции в процессе интенсивного и целенаправленного развития посредством специальных методов воспитания и обучения позволяет существенно компенсировать биологически обусловленную недостаточность.

Л.С. Выготский выделил три основных типа дефекта:

– повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота);
– повреждение или недостаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки);
– недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие) [41, с. 188].

Вредность **–** это негативное воздействие на развивающуюся психику, различное по интенсивности и происхождению. Масштаб последствий во многом зависят от возрастного

периода, в течение которого та или иная вредность воздействовала. Существуют периоды уязвимости или повышенной восприимчивости к различным вредностям – возрастные кризисы. В такие периоды происходит нарушение психофизиологического равновесия в организме, а потому для возникших в кризисный период психических заболеваний характерно как более тяжёлое течение, так и более тяжёлые последствия.

В.В. Ковалёв (1979) выделил следующие возрастные кризисные периоды или возрастные уровни реагирования на ту или иную вредность:

- *сомато-вегетативный* (0-3 года), для которого характерны: повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, нарушение сна и аппетита;
- *психомоторный* (4-10 лет) период онтогенеза характеризуется наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора. Следствием неблагоприятных воздействий в данный период могут быть: гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторная возбудимость, тики, заикания;
- *аффективный* (7-12 лет) характеризуется повышенной аффективной возбудимостью с явлениями негативизма, всплесков агрессии, страхов, фобий. Возникновение аффективных нарушений связано с началом формирования самосознания, с появлением у ребёнка способности к самооценке субъективных переживаний;
- *эмоционально-идеомоторный* (12-16 лет), на котором возникают так называемые «патологические реакции пубертатного возраста» сверхценные увлечения, ипохондрические идеи, идеи мнимого уродства, психогенные реакции (нигилизм, эмансипации и др.).

Регрессия (регресс) **–** это возврат функции на более ранний возрастной уровень. Выделяют временную регрессию (функционального характера) и стойкую регрессию (при непосредственном повреждении функции). Так, при соматическом заболевании в первые годы жизни может наблюдаться временная утрата навыков ходьбы (временная регрессия), а возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации при раннем детском аутизме представляет собой стойкую регрессию. Склонность к регрессу в большей мере свойственна менее зрелой функции. Вместе с тем регрессу могут быть подвержены не только функции, находящиеся в периоде наибольшей уязвимости, но также и функции в достаточной степени сформированные. Явление регресса необходимо отличать от явлений ***распада***, при котором происходит не возврат функции на более ранний возрастной уровень, а её грубое нарушение или утрата (Б.Д. Карвасарский, 2004).

Гетерохрония – это неодновременное (с разной скоростью) созревание отдельных функциональных систем организма в онтогенезе в связи с неравномерностью физического развития, становления нервной системы, социально-средовых условий и т.д. Существует определённая взаимосвязь и хронологическая последовательность формирования психических функций, связанная со сроками созревания мозговых структур и степенью освоения индивидом социокультурного опыта (В.В. Лебединский, 1985).

Ретардация – это замедление или приостановка психического развития, обусловленная нарушением темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем. Выделяют парциальную ретардацию (недоразвитие отдельных психических функций) и тотальную ретардацию (общее психическое недоразвитие) (В.В. Ковалёв, 1985).

Асинхрония – это неравномерное, диспропорциональное развитие функциональных систем организма, при котором наблюдаются существенное опережение в развитии одних психических функций и значительное замедление других. В.В. Лебединский рассматривает асинхронию как нарушение соподчинённости межфункциональных связей вследствие нарушения пропорциональности и последовательности их развития. Автор также выделяет основные формы асинхронии: *ретардацию*, характерную для олигофрении и задержек психического развития, и *патологическую акселерацию* (опережающее развитие какой-либо функции в сочетании с грубым отставанием в развитии другой). Так, у ребёнка с ранним детским аутизмом может наблюдаться ускоренное и специфичное развитие когнитивной сферы при значительной задержке развития моторики и навыков самообслуживания [92].

5.3. Биологические и социальные факторы аномального развития

Почти любое более или менее длительное вредоносное воздействие на незрелый мозг может привести к нарушениям психического развития. Проявления нарушений варьируют в зависимости от причины, локализации, масштаба поражения, времени его возникновения, длительности воздействия вредоносности, а также социальных условий, в которых оказался ребёнок. Все вредоносные факторы, детерминирующие различные нарушения психического развития, подразделяют на биологические и социальные (см. рис. 35).



Рис. 35. Биологические и социальные факторы аномального развития психики детей

Среди **биологических факторов** значительное место занимают *генетические нарушения,* связанные с патологией генетического материала (хромосомные аберрации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.). Особую группу генетических аномалий развития представляют наследственные дефекты, сочетающие слабоумие с поражением мышечной, костной, кожной, сердечно-сосудистой системы, а также органов зрения и слуха.

Внутриутробные нарушения связаны с тяжёлыми токсикозами, токсоплазмозом, различными инфекционными заболеваниями, перенесёнными матерью во время беременности. Огромное негативное влияние на развитие плода оказывают внутриутробные интоксикации, к которым относится так называемая «алкогольная эмбриопатия», обусловленная хроническим алкоголизмом матери, а также интоксикация плода препаратами гормонального и лекарственного происхождения. Общим фактором, нарушающим развитие мозга плода, при различных причинах внутриутробного поражения является хроническая внутриутробная гипоксия (кислородное голодание).

Последствием патологии родов для ребёнка может являться гипоксия или асфиксия (удушье), инфицирование ребёнка во время прохождения по родовым путям, интоксикация младенца медицинскими препаратами, травмы и микротравмы головного и спинного мозга и мн.др.

Инфекционные заболевания, интоксикации и травмы. В постнатальный период причинами возникновения психофизиологических дефектов могут быть различные нейроинфекции (энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты), осложнения при различных инфекционных и вирусных заболеваниях, травмы и микротравмы головного и спинного мозга, а также интоксикации или отравление организма большим количеством вредных токсинов (Г.В. Фадина, 2004).

К *опухолевым образованиям раннего постнатального периода* относят эмбриональные опухоли, которые являются следствием патологического процесса в зародышевых клетках (медуллобластомы, нейробластомы и др.).

Большое значение имеет временной период, в течение которого произошло повреждение (***время повреждения***). По мнению В.В. Лебединского, чем раньше действует патогенный фактор, тем больше масштаб поражения тканей и органов. Так, по мнению учёного, наиболее ранимым является период максимальной клеточной дифференциации (для нервной системы плода это первая треть беременности). В том случае, когда патогенный фактор действует в период «отдыха» клеток, ткани и органы могут избежать негативного влияния (В.В. Лебединский,1985).

Социальные факторы не столь разрушительно воздействуют на развивающуюся психику ребёнка и в значительной степени обратимы, однако ключевую роль здесь играет возрастной период. Чем меньше возраст ребёнка, в течение которого он сталкивается с неблагоприятным социальным воздействием, тем более грубыми и стойкими являются нарушения.

К *неблагоприятным условиям воспитания* относятся: материнская депривация, родительская гипер- или гипоопека, асоциальная семья или её отсутствие, постоянные стрессовые ситуации в семье и т.п.

Когнитивная (информационная) и культурная депривация возникает вследствие педагогической запущенности, создающей значительный дефицит культурной информации и эмоционального опыта на ранних этапах развития.

Различные стрессогенные факторы многообразны по своей природе и многочисленны в жизни любого ребёнка. Многие из них связаны с внезапностью какой-либо стрессогенной ситуации (стихийные бедствия, катастрофы и т.п.). Стрессогенным фактором является и процесс адаптации ребёнка к новым условиям, например, начало посещения детского сада и разлука с родителями. Наиболее тяжело приспосабливаются к изменению

условий дети в возрасте от шести месяцев до двух лет. Психосоматические расстройства становятся разнообразнее и сложнее у детей старшего дошкольного и школьного возраста. На этом возрастном этапе возникают переживание за свои успехи, конфликты со сверстниками, тревога и боязнь негативной оценки окружающих и многое другое.

5.4. Соотношение первичных и вторичных нарушений

Структура дефекта по Л.С. Выготскому (1960) представлена двумя основными факторами:

- ***первичное нарушение***, которое возникает вследствие повреждения биологических систем (например, нарушения слуха или зрения при поражении сенсорных анализаторов) и может иметь характер недоразвития, повреждения или их сочетания (например, при осложнённой олигофрении – недоразвитие корковых структур и повреждение подкорковых);
- ***вторичное нарушение*** – возникает опосредованно в процессе негативного социального развития и проявляется в недоразвитии высших психических функций (например, нарушение речи и мышления у глухих, восприятия и пространственной ориентации у слепых) и нарушении социального поведения.

Л.С. Выготский рассматривал вторичный дефект как основной объект, на который должно быть направлено патопсихологическое исследование и дальнейшая коррекционная работа психолога. Структура вторичного дефекта включает в себя ряд компонентов, отражающих как специфику болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности патологического развития психики ребёнка [41].

Вариативность вторичных нарушений зависит от механизмов их формирования. Так, в зависимости от локализации основного дефекта направление вторичного недоразвития может происходить по принципу «снизу вверх», так и «сверху вниз». По мнению Л.С. Выготского, основным является принцип «снизу вверх», то есть нарушение элементарных функций ведёт к недоразвитию высших психических функций. Однако В.В. Лебединский отмечает, что вторичный дефект может иметь сложный «кольцевой» характер (например, при олигофрении), формирование которого обусловлено недостаточностью воздействия со стороны пострадавших высших психических функций (ведущий принцип недоразвития – «сверху вниз»), а также дефицитарностью взаимодействия повреждённых базальных функций с высшими (принцип «снизу вверх»). Другими словами, нарушение высших функций служит причиной того, что не происходит перестройка базальных функций или «подтягивание» их на более высокий уровень функционирования, как это случается при нормальном течении развития. Следствием такого механизма аномального формирования функций является грубое нарушение иерархических связей между ними, проявляющееся в ярко выраженной недостаточности высших психических функций при относительной сохранности базальных (интеллект нарушен больше чем речь, которая в свою очередь больше нарушена, чем восприятие, память, моторика и элементарные эмоции).

Вместе с тем, по мнению Л.С. Выготского, парадоксальным выступает тот факт, что чем дальше отстоит вторичный дефект от «первопричины», тем в большей мере он поддаётся коррекционному воздействию. «Недоразвитие высших психологических функций и высших

характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом» [41, с. 310].

Другими словами, соотношение первичных и вторичных нарушений определяется не только механизмом межфункциональных связей, но и во многом зависит от компенсаторных возможностей дефекта, от своевременной и адекватной коррекционной работы, эффективность которой тем выше, чем раньше она начинается. Л.С. Выготский подчёркивал, что если на начальном этапе основным препятствием психического развития является биологически обусловленный первичный дефект или комплекс нарушений (при олигофрении), то в дальнейшем, при определённых условиях воспитания и развития, вторичный дефект в значительной мере может быть скорректирован за счёт развития «психической надстройки». Например, неполноценный слух (первичный дефект) провоцирует речевое недоразвитие (вторичный дефект), но при интенсивном и целенаправленном развитии устной речи и эффективном использовании возможностей остаточного слуха можно компенсировать речевые нарушения.

Важной особенностью детской психики является её пластичность, позволяющая осуществлять подстройку под различные условия развития. Именно эта особенность, по мнению Л.С. Выготского, обуславливает положительную сторону дефекта, которая проявляется в усиленном развитии других функций, компенсирующих основной недостаток. «Воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребёнка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила» [41, с. 40].

С возрастом пластичность психики снижается и потому чем раньше происходит психокоррекционная интервенция с целью нивелирования вторичных нарушений, тем больших результатов можно достигнуть. По этому поводу В.В. Лебединский писал: «Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует уже более сложных и специальных усилий по его преодолению. Трудности в обучении создают не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, которое в более старшем возрасте становится одним из факторов, формирующих нарушения поведения» [93, с. 15].

Как уже упоминалось выше, патологическое развитие психики ребёнка обуславливают не только биологические факторы, но и социальные. В частности, недостаток или отсутствие культурно-развивающего воздействия в сенситивные периоды онтогенеза порождают задержку психического развития. Различные психопатии как вторичные нарушения могут являться следствием как биологических вредностей, так и деструктивных методов воспитания (гипо- и гиперопека и др.). В результате разные по своей природе первичные нарушения могут в той или иной мере приводить к одинаковым проявлениям вторичных нарушений.

5.5. Патопсихологические параметры психического дизонтогенеза

Одним из базовых положений учения Л.С. Выготского о закономерностях аномального развития является тезис о необходимости структурно-динамического подхода к изучению дизонтогений, который позволяет не только вскрыть патопсихологические механизмы, но и определить стратегию коррекционной работы.

На основе данного положения В.В. Лебединский выделил ряд патопсихологических параметров, определяющих характер нарушения психического развития (см. рис. 36).

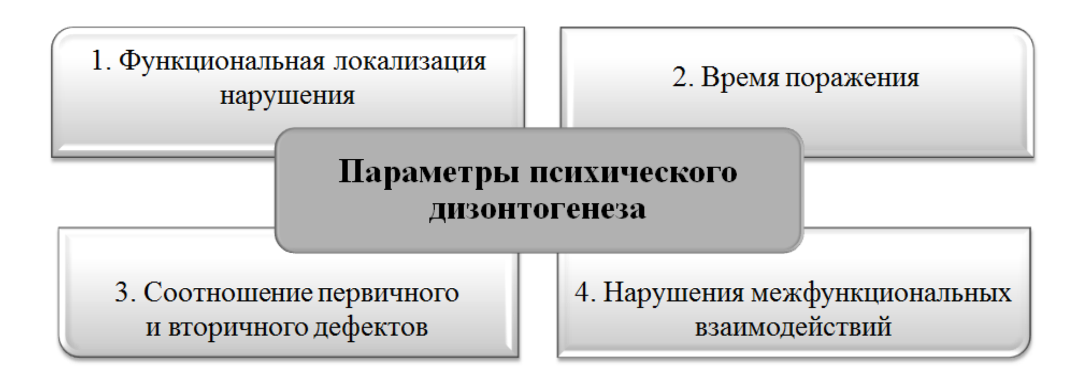


Рис. 36. Параметры психического дизонтогенеза

Первый параметр связан **с *функциональной локализацией*** нарушения, в зависимости от которой В.В. Лебединский выделяет *частный дефект*, (дефицитарность отдельных функций гнозиса, праксиса, речи) и *общий дефект* (нарушение подкорковых и корковых структур мозга). В процессе развития общие и частные нарушения выстраиваются в определённую иерархию. Частные дефекты при определённых условиях развития в той или иной мере компенсируются за счёт сохранности регуляторных систем. В то время как общие дефекты, обусловленные дисфункцией регуляторных систем, негативно отражаются на всех аспектах психического развития.

Второй параметр связан со ***временем поражения***, в зависимости от которого будет различным и характер патологии развития. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития (Л. С. Выготский, 1956). Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции.

Временной фактор определяется не только хронологическим моментом возникновения нарушения, но и длительностью периода развития данной функции в онтогенезе. Наиболее уязвимыми к ранним воздействиям вредности являются функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития (функции, имеющие подкорковую локализацию). Менее уязвимы на ранней стадии онтогенеза – корковые функции, имеющие более длительный период развития. В случаях возникновения таких поражений чаще всего наблюдается либо стойкое недоразвитие, либо задержка в развитии.

Вероятность нарушения различных функций связана и с неблагоприятным воздействием в кризисные (сенситивные) периоды их развития. Как отмечалось выше, такие

периоды характеризуются наибольшей чувствительностью к различным вредоносным факторам. Период от 4 до 11 лет является наиболее устойчивым по отношению к различным вредностям.

Третий параметр ***соотношение первичного и вторичного дефекта*** подробно рассматривался нами выше. В качестве дополнения следует отметить, что характер соотношений первичных и вторичных нарушений достаточно сложен и вариативен. В практике встречаются случаи, когда не сразу удаётся выявить первичные нарушения и отделить их от вторичных, так как первые могут быть не настолько ярко выражены в отличие от последних. В подобных случаях не исключена диагностическая ошибка, при которой вторичные отклонения принимаются за первичные. Результатом такой ошибки может быть неверное направление коррекционной работы и её неэффективность.

Четвёртый параметр связан с нарушением ***межфункциональных взаимодействий*** в процессе аномального развития.

В нормальном онтогенезе В.В. Лебединский выделяет несколько типов межфункциональных отношений: *явления временной независимости функций, ассоциативные связи, иерархические связи*. Первые два типа характерны для ранних этапов онтогенеза, а иерархические связи формируются в процессе социокультурного развития. В норме эти типы межфункциональных связей отражают уровни функциональной организации психической деятельности, а их нарушение неизбежно приводит к дезорганизации всего процесса психического развития.

В патологии временная независимость функции превращается в *изолированность.* Изолированная функция, лишённая взаимодействия с другими функциями, застревает в своём развитии. При этом изолированной может оказаться не только повреждённая функция, но и сохранная, если для её дальнейшего развития необходимо взаимодействие с нарушенной функцией. Так, например, при некоторых видах олигофрении наблюдается хорошая механическая память, однако её полноценное использование невозможно из-за недоразвития мышления.

При нарушении развития вследствие органических поражений наблюдается повышенная инертность образования *ассоциативных связей* и патологическая фиксация, что затрудняет переход к иерархическим связям. В познавательной сфере это проявляется в стереотипности и торпидности мышления. Отмечается также патологическая фиксация на негативных аффектах: страхе, чувстве гнева и т. п.

В большей степени при патологии развития страдают *иерархические связи*, которые отличаются значительной ограниченностью связей и очень слабой устойчивостью. Малейшие затруднения могут повлечь за собой регресс или возврат на более ранний уровень развития. Так, дети с задержкой в развитии, освоившие устный счёт, при любом затруднении возвращаются к счету на пальцах.

5.6. Психический дизонтогенез и его типы

Психический дизонтогенез – это нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте, проявляющееся в нарушении темпа, сроков развития психики в целом и её отдельных компонентов. Основными типами психического дизонтогенеза

считаются: регрессия, распад, ретардация и асинхрония психического развития (Б.Д. Карвасарский, 2004).

Попытки классифицировать дизонтогении были предприняты многими авторами. Все они основываются на выделении уровневой дисфункции и её качественном проявлении. Вместе с тем нельзя не отметить, что любая классификация во многом условна и не представляет всей вариативности проявлений феномена. Так, Л. Каннер (1955) выделяет два вида дизонтогенеза: недоразвитие и искажённое развитие. Г.Е. Сухарева (1959) предложила рассматривать три вида: задержанное, повреждённое и искажённое развитие.

В более развёрнутой форме представлена классификация, предложенная Я. Лутцем (1968), в которой автор выделил пять типов дизонтогений:

– *необратимое недоразвитие* (модель олигофрении);
– *дисгармоническое развитие* (модель психопатии);
– *регрессирующее развитие* (модель прогрессирующих дегенеративных заболеваний);
– *альтернирующее развитие* (модели различной соматической и психической патологии);
– *развитие, изменённое по качеству и направлению* (модель шизофрении).

По мнению В.В. Ковалёва (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются: *ретардация, асинхрония, регрессия*.

В настоящее время широкое распространение получила классификация В.В. Лебединского (1985), в основу которой положены отдельные варианты аномалий в их взаимосвязи с основными качественными нарушениями развития. Автор выделяет три основные группы патологий развития: отставание в развитии, поломка в развитии, асинхрония развития (см. рис. 37).

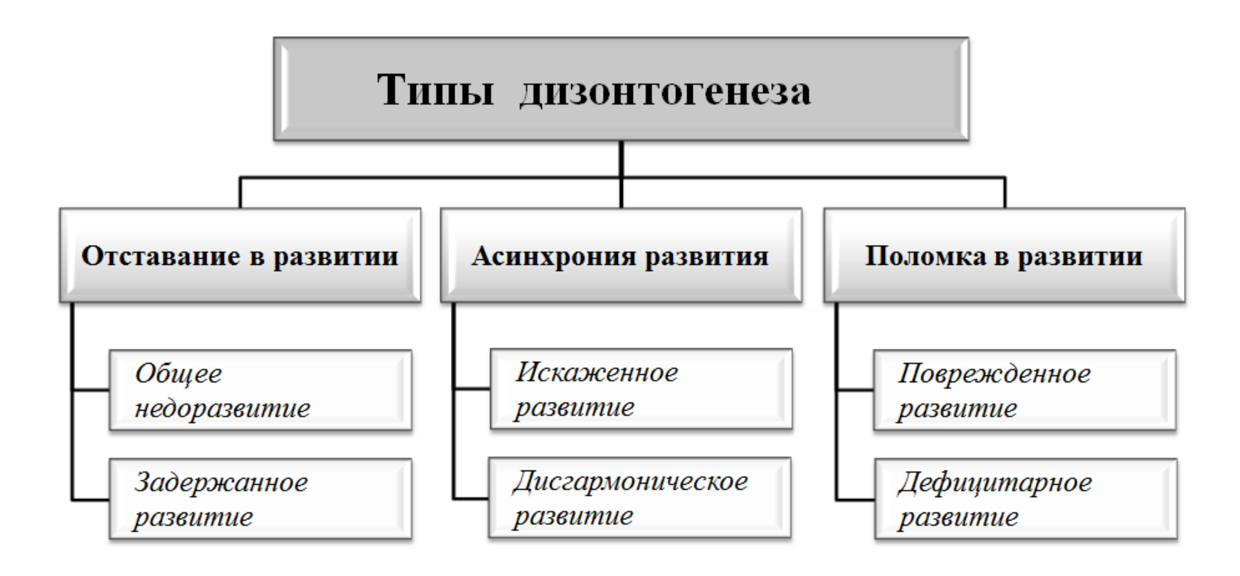


Рис. 37. Классификация психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому)

Группа «Отставание в развитии» включает в себя такие типы дизонтогений, как общее недоразвитие и задержанное развитие.

Общее недоразвитие характеризуется врождённым психическим дефектом, возникшим вследствие повреждения и патологического развития головного мозга на ранних стадиях онтогенеза. Типичным проявлением общего недоразвития является *олигофрения*.

Этиология данного типа дизонтогенеза обусловлена биологическими факторами (эндогенно-наследственными и экзогенными): генетические пороки, диффузные повреждения незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнатальных воздействий. Вторичный дефект имеет сложный «кольцевой» характер (ведущий принцип как «снизу вверх», так и «сверху вниз»).

Для общего недоразвития свойственно: инертность психических процессов, затруднения формирования иерархических связей, преобладание в асинхронии признаков ретардации. Наиболее выражена недостаточность высших психических функций и в меньшей степени – базальных функций.

Задержанное развитие – это замедление темпа созревания психики относительно общих норм её развития, проявляющееся во временной фиксации или застревании психического развития на более ранних возрастных этапах.

В основе этиологии задержки психического развития лежат различные факторы: генетические, соматогенные (хронические заболевания), психогенные (неблагоприятные условия воспитания), церебрально-органические (инфекции, интоксикации, травмы мозга на ранних стадиях его развития). В зависимости от первопричины задержки, многообразны и её проявления в процессе развития познавательной деятельности. Так, для соматического генеза свойственна повышенная истощаемость (хроническая астения), для психогений – явления культурно-социальной и педагогической запущенности, для органического генеза – нейродинамические, энцефалопатические расстройства и др. При этом задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического).

В отличие от общего стойкого недоразвития, для задержанного развития характерна частичность поражения, обусловленная недостаточностью развития базальных функций и большей сохранностью высших психических функций.

Группа «Поломка в развитии» представлена следующими типами дизонтогений: повреждённое развитие и дефицитарное развитие.

Повреждённое развитие характеризуется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием более молодых образований. В основе этиологии повреждённого развития лежат биологические факторы: генетические пороки, инфекции и интоксикации, поражения ЦНС. Главным отличием патогенеза является более позднее (после 2 – 3 лет) воздействие вредоносного фактора на уже сформированный в значительной мере мозг ребёнка. В этом случае страдают в большей степени лобно-подкорковые взаимосвязи. В соответствии от типа повреждения возможны явления изоляции отдельных систем и распада сложных иерархических связей, грубый регресс интеллекта и поведения.

Типичной моделью повреждённого развития является *органическая деменция*, при которой главным образом отмечаются расстройства эмоциональной сферы зачастую в сочетании с расторможенностью влечений, глубокие нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом.

Дефицитарное развитие – это грубое недоразвитие либо повреждение отдельных функциональных систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата). Первичный дефект анализатора либо определённой физиологической структуры ведёт к недоразвитию частных функций, а также к замедлению развития ряда функций, связанных с пострадавшей

опосредованно, что тормозит психическое развитие в целом. Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних психических функций при сохранности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием. Однако решающее значение при дефицитарном развитии имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем, представляющих возможность компенсации при условии своевременной и интенсивной коррекционной работы со стороны взрослых.

Группа «Асинхрония развития» включает в себя такие аномалии развития, как искажённое развитие и дисгармоническое развитие.

Искажённое развитие проявляется в сложных комбинациях ускоренного развития отдельных психических функций в сочетании с общим недоразвитием (задержанным или повреждённым). Чаще всего в этиологии искажённого развития отмечают наследственный фактор, вместе с тем для ряда случаев этиология до сих пор не установлена.

В качестве примера искажённого развития выступает синдром детского аутизма и шизофрении. Характерными проявлениями искажённого развития являются: асинхрония (неравномерность и несоразмерность развития моторики и интеллекта, эмоций и интеллекта), своеобразие речи, отсутствие контактов с детьми и взрослыми, нарушение игровой деятельности (длительный период манипуляции с предметами, отсутствие ролевых игр и т.д.). По мнению В.В. Лебединского, тотальный страх ко всему окружающему при детской шизофрении порождает возникновение аутизма, который становится камнем преткновения на пути социального развития больного ребёнка.

Дисгармоническое развитие характеризуется нарушением личностного развития, проявляющимся в формировании особой эмоционально-волевой сферы. Асинхрония дисгармонического развития, как и при искажённом развитии, сочетает в себе явления ретардации одних систем с парциальной акселерацией других при общем нарушении субординационного взаимодействия ряда психических функций.

Отличительной чертой дисгармонического развития В.В. Лебединский считает диспропорциональность психики, которая проявляется в неадекватной реакции на внешние средовые раздражители и порождает различные аномалии личности. Типичным проявлением дисгармонического развития являются различные психопатии.

Этиология дисгармонического развития обусловлена как биологическими (генетические, действие экзогенных вредностей на ранних этапах онтогенеза), так и социальными факторами (дефекты воспитания, длительное и разрушительно действующее влияние социально-средовых факторов на развитие личности ребёнка).

Вместе с тем В.В.Лебединский отмечает, что отсутствие грубых психопатологических нарушений и прогредиентности, а также фиксация дизонтогенеза преимущественно на личностной сфере, дают основание рассматривать механизмы формирования данной патологии развития как социально детерминированные.

5.7. Специфика исследования нарушений психики у детей

Детская психика в отличие от взрослой находится в процессе формирования. С одной стороны, она более уязвима, с другой – более изменчива и пластична. Именно эта особенность детской психики, по мнению Л.С. Выготского, при условии своевременного психокоррекционного вмешательства позволяет в значительной мере нивелировать первичные нарушения развития ребёнка.

Структурно-динамический подход к изучению аномального развития, обоснованный Л.С. Выготским, предполагает последовательный качественный анализ различных структур психической деятельности ребёнка, выявление патологической симптоматики, определение типа дизонтогенеза, и, на основе полученных данных, определение стратегии дальнейшей коррекционной работы. Качественный анализ деятельности ребёнка подразумевает выделение трёх основных факторов: первичный дефект, вторичные нарушения и сохранные функции.

Патопсихологическое исследование детей с нарушениями психического развития организуется и проводится в соответствии с основными принципами патопсихологии (см. главу 2). Алгоритм исследования включает в себя те же этапы, что и при обследовании взрослых:

1. *Подготовительный* (постановка проблемы, планирование, сбор анамнеза).
2. *Основной* (непосредственное обследование ребёнка).
3. *Заключительный* (обработка полученных данных, интерпретация и составление заключения).

На подготовительном этапе особое внимание следует уделить информации об особенностях психического развития ребёнка, например, проводилась ли ранее коррекционная работа и её результаты, отношение ребёнка к своему дефекту, характеристики типичного поведения ребёнка и при каких ситуациях они меняются.

На этапе знакомства и установления контакта следует обратить внимание на внешний вид ребёнка, его движения и выражение лица. При снижении интеллекта, как правило, наблюдаются такие внешние признаки, как: «отсутствующее» выражение лица, блуждающий взгляд, неправильная форма или нестандартная величина головы, различная лицевая асимметрия, расслабленность челюстных мышц (постоянное слюнотечение), резкие, угловатые движения, нарушение координации движений при ходьбе и др.

При первой беседе с ребёнком необходимо отметить, насколько развита у него речь, как быстро он вступает в контакт, насколько открыт и какие эмоции при этом проявляет.

В процессе наблюдения на этапе непосредственного исследования нужно зафиксировать реакцию ребёнка на ситуацию эксперимента, оценить его отношение к поставленным задачам и проследить некоторые особенности спонтанного поведения. Эти сведения необходимы психологу для дальнейшего проведения исследования, для быстрой подстройки и видоизменения тактики при условии негативного отношения ребёнка к отдельным заданиям или эксперименту в целом.

В рамках непосредственного обследования экспериментатор в первую очередь должен исследовать те качественные психологические образования, которые должны быть сформированы на определённом возрастном этапе. Чаще всего при определении зоны актуального развития ребёнка выявляются многочисленные признаки нарушений. Также

необходимо учитывать ведущую деятельность, в контексте которой будет проявляться та или иная патологическая симптоматика. Так, в младшем дошкольном возрасте признаки ранней детской шизофрении будут проявляться в задержке развития речи или её искажении (сохранение автономной речи, неологизмы, аутистическая направленность и т. д.). Признаки этой же болезни в старшем дошкольном возрасте будут уже проявляться не столько в особенностях речи ребёнка, сколько в содержании его ролевой игры, в фантазиях и рисунках (Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина, 2000).

При проведении патопсихологического эксперимента психологу необходимо учитывать не только характер нарушений, но и тот возрастной период, в течение которого было нанесено вредоносное воздействие, а также влияние первичного дефекта на возникновение вторичных образований, которые проявляются на момент исследования.

В ходе проведения патопсихологического исследования аномального ребёнка психолог решает следующие ***задачи:***

– выявление имеющихся отклонений в психическом развитии;
– систематизация патологической симптоматики и её патопсихологическая квалификация;
– выделение первичного дефекта, вторичных нарушений и сохранных функций.

Атмосфера взаимодействия. Большое значение при работе с больными детьми имеет установление продуктивного контакта**.** Активная позиция экспериментатора в процессе выполнения экспериментальных заданий позволяет ребёнку максимально проявить свой потенциал. Только при активном взаимодействии в процессе эксперимента и в ходе наблюдения за способами действия ребёнка и его ошибками психолог может понять причину их возникновения: отсутствие интереса и установки на работу, непонимание смысла задания, быстрая истощаемость психики или слабость внимания. Следует создать не просто доброжелательную атмосферу, но уметь заинтересовать ребёнка заданиями, создать положительно насыщенный эмоциональный фон, чтобы ребёнку хотелось продолжить эксперимент.

Б.В. Зейгарник отмечала, что патопсихологический эксперимент должен представлять собой модель жизненной ситуации, которая не только актуализирует интеллектуальную деятельность испытуемого, но и его отношение, мотивацию, установки. В этом плане в детской патопсихологии может быть применён игровой метод, который даёт уникальную возможность смоделировать любую жизненную ситуацию, а также позволяет заинтересовать ребёнка интригующим сюжетом. Так, с детьми дошкольного и младшего школьного возраста могут быть использованы различные виды игры – ролевая, режиссёрская, игра-имитация, дидактическая игра. Для детей старшего школьного возраста могут быть применены различные игровые стратегии, например, учебный процесс в игровой форме или игра-соревнование. Обследуя детей подросткового возраста, очень важно продумать стиль взаимодействия с подростком во время первичной беседы и дальнейшего обследования (В.А. Худик, 1992).

5.8. Методы исследования детей с нарушениями развития

В патопсихологии детского и юношеского возраста применяют те же клинические приёмы и методы, что и для взрослых, но адаптированные под возрастную и нозологическую специфику. В качестве основного метода выступает патопсихологический эксперимент, который может проводиться как в форме моделирования различных ситуаций («функциональная проба» по С.Я. Рубинштейн), так и в форме обучающего эксперимента (Л.С. Выготский). Дополнительными методами в арсенале психолога являются: наблюдение, беседа, анализ продуктов деятельности и др.

С.Я. Рубинштейн подчёркивала, что принципиальное отличие методик экспериментально-психологического исследования состоит в том, что они «направлены на качественный анализ психических процессов, на раскрытие механизмов того или иного способа деятельности ребёнка» [158, с. 60]. При применении «функциональной пробы» психолог первоначально создаёт экспериментальный приём, который моделирует суть какой-либо психической деятельности и позволяет определить состояние той или иной функции. А потому выполнение ребёнком определённых психических актов и действий осуществляется в специально созданных игровых условиях.

В качестве функциональных проб могут быть применены различные методики, направленные на исследование познавательной деятельности, например, «Доски Сегена», «Сюжетные вкладки», «Кубики Коса» и другие. Результаты проведения эксперимента тщательно регистрируются в протоколе, в котором отмечается: каким способом ребёнок действовал, когда и почему ошибался, какого типа были эти ошибки.

В процессе выполнения экспериментального задания психолог задаёт ребёнку вопросы и помогает правильно его выполнить. Помощь психолога может быть представлена в виде следующих фиксированных инструкций [91]:

- *стимуляция к действию* («подумай ещё раз», «ты молодец, но постарайся сделать лучше»);
- *вопросы и наводящие вопросы* («почему ты именно так сделал?»; «может быть, попробовать по-другому?»);
- *подсказка* (совет действовать другим способом);
- *частичная демонстрация* пути решения (экспериментатор начинает выполнять задание, демонстрируя первое действие, затем предлагает ребёнку продолжить);
- *демонстрация выполнения задания* с последующим предложением ребёнку его выполнить самостоятельно;
- *обучение* (пошаговое формирование действий).

Как отмечает С.Я. Рубинштейн, общие правила оказания помощи, которыми должен руководствоваться экспериментатор, следующие [157]:

1. Начинать следует с более лёгких видов помощи, и лишь убедившись в том, что их недостаточно, можно прибегнуть к показу (демонстрации) и пошаговому обучению.
2. Вмешательство экспериментатора в ход эксперимента должно быть умеренным и своевременным.
3. Все случаи вмешательства должны быть отмечены в протоколе, так как эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов.

Специфика обучающего эксперимента заключается в изучении тех или иных психических процессов одновременно с их целенаправленным формированием. Обучающий эксперимент сопровождается констатирующим экспериментом, который позволяет установить зону актуального и ближайшего развития ребёнка, а также фиксировать изменения.

Основной принцип обучающего эксперимента заключается в выполнении заведомо трудного для ребёнка задания, в ходе которого экспериментатор помогает ему достичь нужного результата. Так, ребёнку предлагается сначала самостоятельно овладеть новым действием или новым знанием, а если он не справляется с заданием, то психолог оказывает строго регламентированную помощь. Помощь со стороны экспериментатора носит характер дозированных (по качественному уровню) и предъявляемых в определённой последовательности «уроков-подсказок» [192].

Обучающий эксперимент включает в себя четыре основных этапа: введение в ситуацию эксперимента, инструктирование, наблюдение за деятельностью и помощь, а также оценка результатов (см. рис. 38).

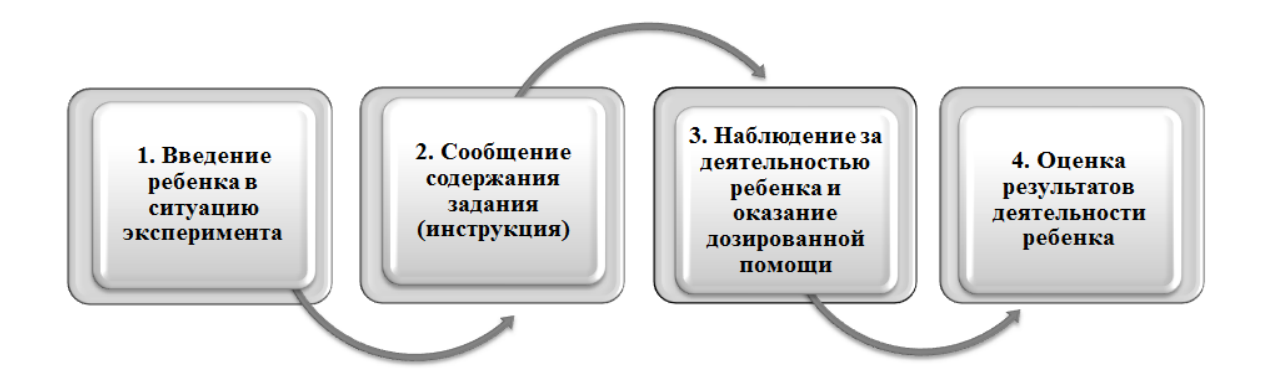


Рис. 38. Основные этапы обучающего эксперимента

На этапе введения в ситуацию эксперимента ребёнка знакомят с игровой комнатой, предлагают ему познакомиться с игрушками, то есть адаптироваться к новой обстановке.

На этапе сообщения содержания задания ребёнку предлагают поиграть в игру, при этом экспериментатор в соответствии с планом исследования знакомит ребёнка с правилами. В качестве основного метода могут быть использованы как традиционные методики (например, методика Выготского-Сахарова), так и различные виды детской игры. Так, обучающий эксперимент в рамках *режиссёрской (индивидуальной) игры* может выглядеть следующим образом: ребёнку предлагается выбрать любую игрушку и поиграть с ней (игрушки и наборы игрушек, предназначенные для тематических игр, заранее подготовлены и разложены в игровом помещении). В этом процессе ребёнок практически проводит анализ, синтез, обобщение и классификацию, отбирая именно те игрушки, которые нужны для определённого действия (предметы одежды, чтобы организовать игру с куклой или кубики, чтобы построить дом, и т. д.). Производимые ребёнком манипуляции позволяют наблюдать за координацией его движений, состоянием моторики.

Экспериментатор наблюдает и протоколирует выбор игрушек, правильность их использования, организацию и ход игры, наличие сюжета, вхождение в роль,

фантазирование, речевое сопровождение, длительность игры, причину окончания. В ходе эксперимента психолог использует «уроки-подсказки».

Обучающий эксперимент с использованием *дидактической игры* проводится индивидуально, при этом экспериментатор наблюдает за активностью ребёнка, его вниманием и самостоятельностью, устойчивостью интереса, реакцией на помощь, пониманием правил игры.

Эксперимент на основе *ролевой игры* может проводиться в группе детей не более 3-х человек, при этом экспериментатор фиксирует усвоение ребёнком правил игры, активность, вхождение и выполнение определённой роли, контакт и взаимодействие с другими детьми, целенаправленность игры и её длительность.

Наибольшую трудность представляет регистрация и анализ экспериментальных данных, так как специфика работы с детьми осложняет вопрос фиксации результатов. В силу того, что общение психолога с ребёнком должно быть живым и непринуждённым, психологу не следует отвлекаться на длительные записи. Также фиксация результатов не должна отвлекать и настораживать детей, а потому психолог должен заранее продумать процесс регистрации результатов.

При наблюдении и дальнейшем анализе полученных данных необходимо отличать проявления патологической симптоматики психической деятельности от особенностей психики, связанных с индивидуальными свойствами ребёнка или с его отношением к исследованию. Во избежание ошибок психологу желательно получить определённый опыт экспериментального исследования психически здоровых детей. При первичном обследовании экспериментатору необходимо анализировать наблюдаемые аномальные проявления с большой сдержанностью и осторожностью.

На первых этапах ведения экспериментальной работы, отмечает С.Я. Рубинштейн, психологу следует больше всего остерегаться произвольных, малообоснованных интерпретаций. Поэтому, делая в психологическом заключении какой-либо вывод из полученных экспериментальных данных, нужно обязательно записать факты наблюдения или объяснения ребёнка, из которых этот вывод следует.

Метод беседы. Клиническая беседа подразумевает сбор информации о психических явлениях в процессе личного общения по заранее составленному и целенаправленному плану. При патопсихологическом обследовании детей метод беседы используется в двух направлениях: беседа с родителями (учителями, воспитателями) с целью сбора анамнестических данных и беседа с ребёнком с целью установления контакта с ним и составления общего представления о его развитии. Клиническая беседа это не только средство установления контакта с ребёнком, но и метод, сопровождающий весь ход патопсихологического исследования ребёнка, способствующий разрешению отдельных, практически важных вопросов диагностики и методов восстановления и развития психики ребёнка.

Метод наблюдения. Наблюдение позволяет судить о состоянии тех или иных психических функций в процессе спонтанной деятельности ребёнка при минимальном вмешательстве со стороны наблюдающего. Наиболее важными видами наблюдения при психологическом исследовании ребёнка является наблюдение за игрой, поведением, общением и состоянием работоспособности.

При проведении наблюдения нужно ориентироваться на следующие показатели: контакт с экспериментатором, особенности мотивации, динамические характеристики, особенности внимания и моторики, речевые особенности, способы выполнения заданий (см. рис. 39).

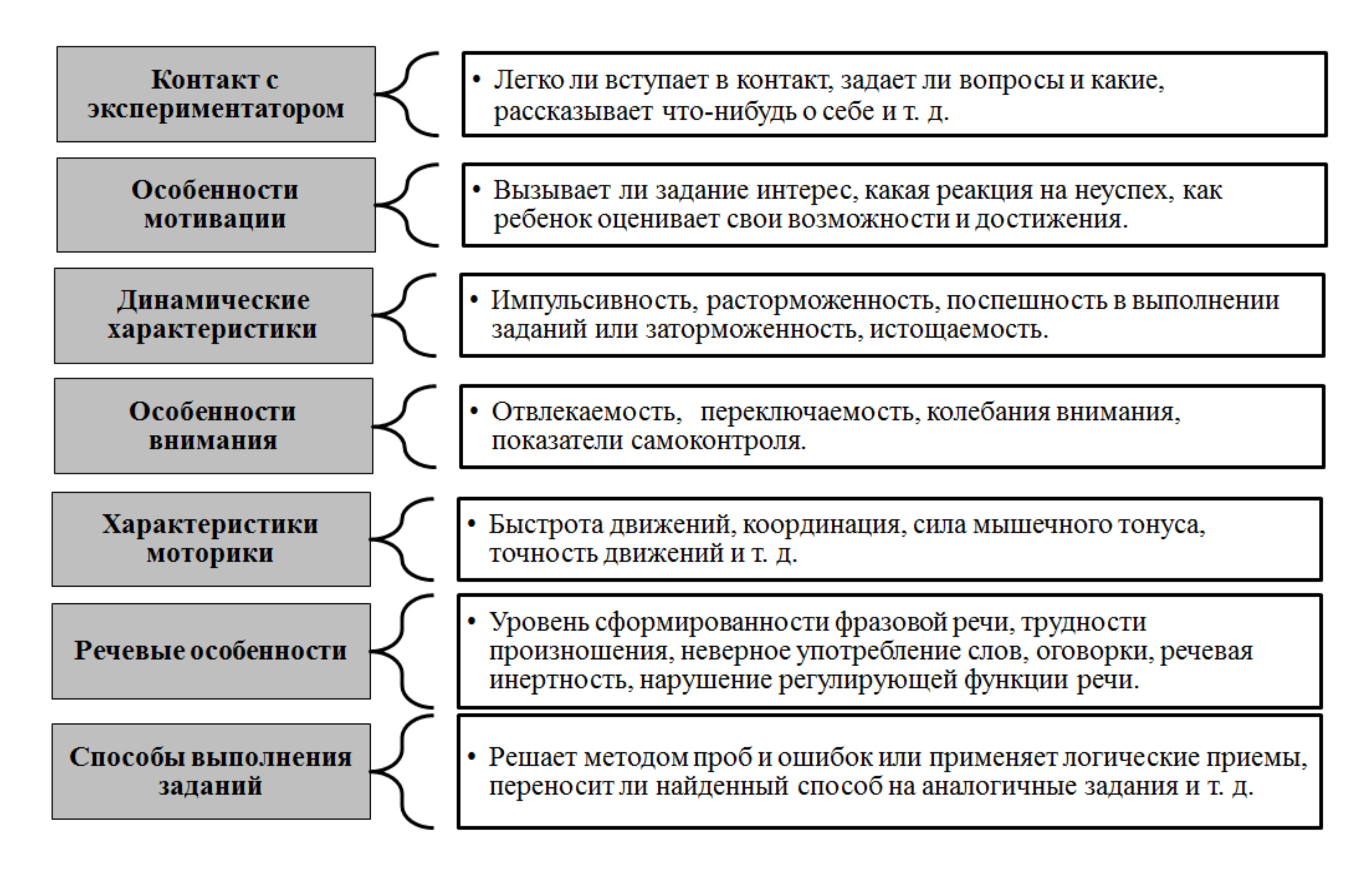


Рис. 39. Характеристики поведения и психической деятельности ребёнка

Анализ продуктов деятельности. Детские поделки, рисунки, аппликации дают психологу дополнительную информацию и помогают выявить не только интеллектуальные нарушения развития (отсутствие сформированности зрительных представлений, нарушение ассоциаций или отдельных операций мышления, нарушение мелкой моторики и др.), но и эмоциональные расстройства, такие, как повышенную тревожность, страхи, фобии, агрессивность.

Интерпретация данных должна носить объективный характер. Заключение патологического исследования составляется по определённым правилам (см. главу 2).

В психодиагностическом заключении обязательно должны быть представлены выводы относительно адекватности или неадекватности личностного отношения ребёнка к процессу психологического обследования его интеллектуальных способностей, особенности эмоциональных реакций и уровень мотивации, её изменение в течение эксперимента и возможные причины. Вместе с этим в заключении даётся подробное описание того, в чем именно заключаются главные затруднения ребёнка при выполнении предложенных ему заданий. По мнению С.Я. Рубинштейн, затруднения могут быть связаны со следующими факторами:

- ✓ ослаблением внимания, рассеянностью и забывчивостью, в сочетании с достаточной сообразительностью;

- ✓ неумением обобщать, улавливать существенный скрытый смысл и строить логичные умозаключения;
- ✓ неумением выражать мысль или работать с вербальным материалом;
- ✓ поражением либо недоразвитием отдельных анализаторов [157].

Нельзя ограничиваться только простой констатацией выполнения или невыполнения тех или иных заданий. В заключении должны быть выделены не только первичные нарушения и вторичные проявления, но и определены причинно-следственные связи между ними, а также указаны сохранные функции, с опорой на которые делаются рекомендации для дальнейшей коррекционной работы.

Важно отметить, что независимо от того, кто инициировал патопсихологическое обследование ребёнка (врач, педагог, представители правоохранительных органов, родители), его результаты должны быть доведены до сведения родителей (или лиц, их заменяющих), при этом реакция последних может быть неадекватной. Тем не менее позиция родителей очень важна для дальнейшей работы с ребёнком, их правильное отношение к особенностям его психики играют решающую роль в том, будет ли выявленное нарушение компенсировано или осложнено.

Сообщать родителям о наличии нарушений в развитии психики их ребёнка следует в щадящей форме, в ходе беседы психолог должен акцентировать внимание на сохранных возможностях психики, сильных сторонах характера ребёнка, на достигнутых им успехах в определённых видах деятельности, на перспективах дальнейшего развития. В доступной форме (без использования сложных терминов) психолог должен объяснить родителям проблему и обсудить пути дальнейшей коррекционной работы с ребёнком.

Немаловажным является и подготовка информации о результатах патопсихологического обследования ребёнка для педагогов. Зачастую при недопонимании истинной причины отклоняющегося поведения ученика, педагог склонен неадекватно расценивать его действия, вследствие этого происходит усугубление социального положения ребёнка и усиление дезадаптации. Давая рекомендации педагогу, следует учитывать его личностное отношение как к самому ребёнку, так и к его родителям. В случае конфликтной ситуации необходимо начинать коррекционную работу с нормализации этих отношений.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение предмета детской патопсихологии
2. Расскажите об идеях Л.С. Выготского, которые легли в основу изучения психики детей, имеющих аномальное развитие.
3. Раскройте содержание понятия «сенситивный период».
4. Охарактеризуйте содержание понятия «вредность».
5. В чем заключается специфика подхода к исследованию детей с аномальным развитием?
6. Какие теоретические и практические задачи решает детская патопсихология?
7. Расскажите о времени поражения и об его влиянии на развитие.
8. Дайте характеристику биологических и социальных факторов аномального развития.
9. В чем заключается специфика соотношения первичных и вторичных нарушений?

10. Перечислите патопсихологические параметры психического дизонтогенеза, выделенные В.В. Лебединским.

Рекомендуемая литература

1. Белопольская, Н.Л. Детская патопсихология. Хрестоматия. М.: Когито-Центр, 2001.
2. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 5 Основы дефектологии / Под. ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, – 1983.
3. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 4. Детская психология / под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984.
4. Зверева, Н.В. Патопсихология детского и юношеского возраста: учебное пособие. М.: Академия», 2008.
5. Исаев, Д.Н. Детская медицинская психология: учебник. СПб.: Речь, 2004.
6. Ковалев, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.
7. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие. М.: «Академия», 2003.
8. Логопатопсихология: учебное пособие. Под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. М.: Владос, 2011.
9. Рубинштейн, С.Я. Психология умственно отсталого школьника: учебное пособие. М.: Просвещение, 1986.
10. Фадина, Г.В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста. Балашов: «Николаев», 2004.
11. Худик, В.А. Детская патопсихология. Киев: Здоров'я, 1997.
12. Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: учебное пособие. М.: Сфера, 2005.

ГЛАВА 6. Патопсихология личности

Личность *– это одно из основных понятий в психологии, под которым понимают социокультурный уровень развития человека, проявляющийся в совокупности его социальных и жизненно важных качеств, приобретённых им в процессе социализации.*

В структуру личности обычно включает такие свойства, которые являются более или менее устойчивыми и свидетельствуют об индивидуальности человека. Так, по мнению К. Леонгарда, в структуру личности входят задатки, способности, темперамент, характер и направленность (см. рис. 40).



Рис. 40. Структура личности

К.К. Платонов рассматривал личность как динамическую систему, развивающуюся во времени, изменяющую состав входящих в неё элементов и связей между ними, сохраняя при этом свои функции. В структуре личности автор выделил следующие подструктуры:

– *направленность и отношения личности* (моральные качества личности);
– *опыт* (объем и качество имеющихся знаний, навыков, умений и привычек);
– *индивидуальные особенности психических процессов*;
– *биопсихические свойства* (темперамент, задатки, инстинкты, простейшие потребности) [89, с. 119-120].

Личность в трудах А.Г. Ковалёва выступает как интегральное образование психических процессов, психических состояний и психологических свойств. По мнению автора, в структуру личности входят такие подструктуры, как:

– *темперамент* (структуру природных свойств);
– *направленность* (систему потребностей, интересов и идеалов);
– *способности* (систему интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств).

Необходимо заметить, что в отечественной психологии фокус научного внимания сосредоточен на личности и её психике как «недизъюнктивном» единстве, формирующемся и развивающемся в процессе активного взаимодействия внутренних и внешних условий (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, А.В. Брушлинский). В этом процессе, как отмечал А.Н. Леонтьев, личность рождается дважды, первое рождение – это социальная личность, второе – ответственная и самостоятельная личность. Основное различие этих двух уровней личности заключается во внешней или внутренней регуляции мотивов, и если для социальной

личности ориентиром являются социальные нормы, то для самостоятельной личности таким ориентиром становится внутриличностный смысловой концепт. Именно личностный смысл обуславливает жизненный выбор способов достижения цели (по А.Н. Леонтьеву) и в конечном результате определяет успешность личности на жизненном пути [61].

Как отмечает А.Н. Леонтьев: «Смысл – это всегда смысл чего-то. Не существует «чистых» смыслов <…> сознательный смысл создаётся отражающимся в голове человека объективным отношением того, что побуждает его действовать, к тому, на что его действие направлено, как на свой непосредственный результат. Другими словами, сознательный смысл выражает отношение мотива к цели» [98, с. 160].

Подобное представление о личности и её базовых компонентах прослеживается в фундаментальных трудах Л.С. Выготского, указывающего на функционально-смысловое строение сознания, В.С. Мерлина, рассматривающего личность как иерархически устроенную систему (интегральную индивидуальность), Д.Н. Узнадзе, в понимании которого «установка» – есть главное психологическое образование и основной регулятор поведения человека. Для В.Н. Мясищева единство личности характеризуется её доминирующим отношением к людям и к предметам внешнего мира, при этом автор считал, что эти отношения обусловлены именно направленностью личности [123, с.350].

Направленность личности это своего рода «центр управления», включающий в себя мотивы, установки, жизненные смыслы, ценностные ориентиры как жизненные позиции.

С.Л. Рубинштейн считал, что направленность нужно понимать как «основание, интегрирующее все психические процессы, свойства и состояния». Проблема направленности, «…прежде всего вопрос о динамических тенденциях, которые в качестве мотивов определяют человеческую деятельность, сами, в свою очередь, определяясь её целями и задачами» [156, с. 566]. Иными словами, совокупность мотивов, скоординированная жизненными целями и задачами, приобретает качество устойчивых мотивов и включается в направленность личности.

Б.Ф. Ломов называет направленность системообразующим свойством личности, определяющим её психологический склад. Соглашаясь с С.Л. Рубинштейном, он отмечал, что в этом свойстве «выражаются те цели, во имя которых действует личность, её мотивы, в основе которых лежат потребности, её субъективные отношения к различным сторонам действительности: вся система её характеристик» [105, с. 311].

Такое понимание направленности личности конкретизируется в современных психологических концептах, в которых «жизненная позиция» занимает особое место в структуре личности (Б.С. Братусь, Д.А. Леонтьев, Е.Ю. Коржова и др.).

Нарушение личности обусловлено искажением её направленности. Это проявляется в зарождении патологических мотивов, в появлении неадекватных установок, в утрате ценностных ориентиров или подмене на ложные. Вследствие этого изменяется эмоциональное отношение к миру, к ситуациям и условиям, к другим людям и к самому себе. На первый план выступают неадекватные компенсаторные механизмы защиты, как осознаваемые, так и неосознаваемые. Так, Б.В. Зейгарник отмечает, что нарушения личности чрезвычайно вариативны, однако в основном они выражаются в нарушении опосредствования и иерархии мотивов, в формировании патологических потребностей и мотивов, в нарушении смыслообразования и контроля за поведением (см. рис. 41).



Рис. 41. Основные виды нарушений личности

Нарушение опосредствования и иерархии мотивов. По А.Н.Леонтьеву, мотив – предмет потребности, который направляет деятельность, то есть мотив продиктованный потребностью есть побудительная сила действия. Раскрывая предметное содержание потребностей, мы вскрываем проблему мотивов деятельности. Мотивы по определению имеют разную субъективную значимость, их усложнение и иерархическое построение начинаются в раннем дошкольном возрасте и продолжаются на протяжении всей жизни (Б.В. Зейгарник, 1986). Мотивы начинают сознательно опосредоваться поставленной целью, при этом одни мотивы занимают ведущую позицию, а другие подчинённую. Ведущие мотивы выполняют смыслообразующую функцию (А.Н.Леонтьев). Наличие ведущего мотива не уменьшает значимости мотивов подчинённых, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. В формировании характерологических особенностей личности человека ведущая роль принадлежит социальным мотивам, определяющим направленность личности, её целеустремлённость, способность активно действовать в соответствии с установками.

Нарушение опосредствования и иерархии мотивов приводит к смене позиций, интересов, ценностей личности, к «сдвигу мотива на цель». Утрачивается смыслообразующая функция мотива, вследствие чего деятельность утрачивает целенаправленность и опосредованность, она становится импульсивной, подчинённой случайным порывам, неконтролируемым влечениям. Нарушение опосредствования и иерархии мотивов наиболее характерно при хроническом алкоголизме и наркомании. Так, Б.С. Братусь, изучая проблему алкогольной зависимости, подчёркивал, что пьющий человек подменяет актуальные потребности и мотивы мнимой иллюзорно-компенсаторной деятельностью.

Формирование патологических потребностей и мотивов. Патологические потребности могут возникать как форма искажённого отражения собственного образа «Я». Формирование самооценки в контексте социальных стандартов процесс болезненный, особенно для подростков, психика которых неустойчива и весьма уязвима. Именно в этот возрастной период социальные потребности занимают доминирующую позицию в иерархии мотивов. Яркой иллюстрацией формирования патологического мотива являются больные нервной анорексией. При анорексии наблюдается искажённое восприятие своей физической формы, патологическое желание снижения веса из-за сильного страха его увеличения, даже

если такого в действительности не наблюдается. У девушек вследствие несоответствия «идеалу красоты» понижается самооценка, появляется чувство собственной неполноценности и неуверенности в себе.

Первоначально мотив является лишь средством достижения цели «быть красивой», «обладать красивой фигурой», в дальнейшем постоянное голодание вступает в противоречие с органической природной потребностью в пище, вследствие чего происходит сдвиг мотива на цель. Этот мотив становится доминирующим и смыслообразующим. На первый план выступает деятельность по похуданию, а все остальные мотивы подавляются (учёба, работа, семья и т.п.).

Нарушение смыслообразования. Все мотивы выполняют две основные функции – побуждающую и смыслообразующую, при взаимодействии которых деятельность человека сознательно регулируется. Нарушение взаимоотношений этих функций приводят к нарушениям деятельности.

А.Н. Леонтьев различал мотивы знаемые и действенные. Знаемые мотивы не всегда действенные, для их побудительной силы необходимы дополнительные стимуляторы. Так, человек может знать, что для достижения какой-либо цели ему нужно приложить значительные усилия, но, несмотря на понимание этого, сам мотив не имеет достаточной побудительной силы. Знаемые мотивы могут перейти в действенные при условии волевых усилий, сформированных установок и целеустремленности. Ослабление и искажение этих функций приводят к нарушениям деятельности. Например, больной знает, что к близким нужно хорошо относиться, но при этом он оскорбляет или даже избивает свою мать.

В других случаях отмечается сужение круга смысловых образований. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл и ценность (семья, друзья, работа и т. п.) постепенно утрачивается. Вся активность личности направляется на реализацию сверхценной идеи. Так, больной задаётся целью «осчастливить» все человечество, не обращая внимания на бедственное положение своей семьи. Смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действенной функции от знаемой нарушает деятельность больных и является причиной деградации их личности.

Нарушение контроля за поведением. Нарушения личности наиболее ярко проявляются при утрате критики к своему поведению. Критичность – это система суждений, помогающих анализировать и делать обоснованные выводы, создавать собственную оценку происходящему и адекватно интерпретировать его. Нарушение или утрата критичности мышления приводит как к нарушению деятельности, так и к распаду личности. Утрата контроля может наблюдаться в различных аспектах психической деятельности: в мышлении и восприятии, в эмоциях, в неадекватной оценке своей личности и собственных действий, в отсутствии критики к своим психопатическим переживаниям и т.п.

Нарушение критичности тесно связано с нарушением регуляции деятельности. При отсутствии осознанной мотивации у больных нарушается целенаправленность их действий и суждений. Нередко нарушения критичности сочетаются с тенденцией к персеверациям (непроизвольные, назойливо повторяющиеся действия или движения). Выполняя какой-либо элемент сложного движения, больные неспособны к переключению и выполнению другого элемента. Сущность персеверации, по мнению А.Р. Лурии, заключается в инертном сохранении очага возбуждения в коре головного мозга, вызванного первоначальной словесной инструкцией или определённым действий, вследствие чего выполнение

последующих заданий заменяется фрагментами прежних действий. Так, больной, отчерчивая круг на листе бумаги, продолжает это делать до тех пор, пока на листе не появится дырка. Наибольшие трудности у таких больных вызывает смена программ движений и действий, это связанно с нарушением произвольного контроля за осуществлением движения и нарушением речевой регуляции двигательных актов.

При поражении лобных долей центральным симптомом является нарушение произвольной регуляции различных форм сознательной психической деятельности и целесообразности поведения в целом. А.Р. Лурия отмечал, что у таких больных возникают изменения поведения: появляется импульсивность, изменяется отношение к себе и близким, ярко выражена некритичность, снижается уровень интересов. У данной категории больных страдает сама структура психической деятельности, что является индикатором глубокого нарушения личности. [108, с. 216 -218].

Патология личности. Расстройства личности многообразны, сложны и трудны для описания. А.О. Бухановский выделяет две категории личностных расстройств: деструкция и деформация личности (см. рис. 42).



Рис. 42. Формы патологии личности

Деструкция личности – это разрушение сформированной ранее структуры личности или её отдельных компонентов, возникающее вследствие тяжёлого психического заболевания или органического повреждения мозга. Характер изменений личности обусловлен не преморбидными особенностями индивида, а самим болезненным процессом. Так, у больных с одной и той же нозологией наблюдаются сходные личностные нарушения, нарастающие по мере усугубления психических расстройств. Деструкция приводит к разнообразным дефектам личности. В научной литературе описаны формы личностного дефекта, характерные для шизофрении, органических поражений мозга (в том числе для эпилепсии), алкоголизма, старческой деменции и др.

Личностный дефект означает не только кардинальное изменение черт характера (утрата эмпатии, щедрости, миролюбия и т.д.), но и распад отдельных подструктур личности – утрата способностей, смещение ведущих потребностей или распад иерархии мотивов, искажение или утрата ценностно-смысловой направленности (мировоззрения, интересов, установок и убеждений). Дефекты личности отличаются стойкостью и мало зависят от изменений ситуации [56].

Деформация личности (патологическое формирование) – это дисгармоничное развитие личности, при котором свойственные индивиду черты характера в сочетании с неблагоприятными условиями, на фоне которых формируется личность, способствуют все большему закреплению в поведении патологических стереотипов. Возникающая при этом дезадаптация непосредственно отражает преморбидные свойства личности, обуславливающие стойкие поведенческие паттерны.

Механизм патологического развития личности был впервые описан К. Ясперсом, который отличал патологическое развитие от болезненных процессов, имеющих, по мнению учёного, чёткие границы. Главной характеристикой здоровой личности К. Ясперс считал целостность характера и гармоническую уравновешенность, чем выше степень дисгармонии и неуравновешенности, тем более аномальной представляется личность. Психопатическая личность, с точки зрения автора, это человек, страдающий от собственной ненормальности или который своей ненормальностью причиняет страдания обществу. «Психопатия в соматическом аспекте проявляется как органный невроз, а в аспекте душевного состояния, переживания и поведения – как психоневроз, но носитель психопатии не рассматривается как душевнобольной или как лицо, ставшее жертвой аффективного расстройства» [197, с. 695].

Природа психопатии или невротическая ситуация, провоцирующая психопатию, по мнению К. Ясперса, кроется в различных конфликтах, имеющих ключевое значение для индивида и запускающих такие специфические механизмы и такие трансформации переживаний, которые в нормальных условиях не могли бы возникнуть.

В отечественную психиатрию понятие «патологическое развитие личности» ввёл П.Б. Ганнушкин (1933), под которым он рассматривал динамику ***психопатии***.

Патологические свойства, определяющие, по мнению автора, *психопатии*, представляют собой постоянные, врождённые свойства личности, которые хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться в определённом направлении, однако обычно не подвергаются резким изменениям. При этом это такие черты и особенности характера, которые более или менее определяют весь психический облик человека, накладывая на весь его душевный уклад свой властный отпечаток.

Психопатии характеризуется ***тремя признаками*** (критерии Ганнушкина – Кербикова): влияние на все сферы жизни (тотальность), стабильность во времени и социальная дезадаптация (см. рис. 43).



Рис. 43. Критерии психопатии П.Б. Ганнушкина – О.В. Кербикова

В 1933 году П.Б. Ганнушкин создаёт первую классификацию психопатий, в которой выделяет следующие типы:

- ***Циклоидный тип*** (циклотимики, конституционально-депрессивные, конституционально-возбуждённые, эмотивно-лабильные (реактивно-лабильные) психопаты). Основная характеристика – эмоциональная лабильность, проявляющаяся в перепадах настроения от глубокой подавленности до беззаботной весёлости.
- ***Астенический тип*** (неврастеники, психастеники) характеризуется «раздражительной слабостью» нервной системы и психики (раздражительность + истощаемость), повышенной утомляемостью и резким снижением работоспособности.
- ***Шизоидный тип*** характеризует аутистическая оторванность от внешнего, реального мира; отсутствие внутреннего единства и последовательности психической деятельности; причудливая парадоксальность эмоциональной жизни и поведения.
- ***Параноидный тип*** отличается склонностью к образованию сверхценных идей. Такие идеи заполняют сознание параноика и оказывают доминирующее влияние на все его поведение и личность.
- ***Эпилептоидный тип*** характеризуют три основных признака: 1) крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости; 2) приступы расстройства настроения с преобладанием негативных эмоций; 3) ярко выраженные антисоциальные установки (отсутствие моральных и нравственных установок).
- ***Истерический тип*** стремится, главным образом, любой ценой обратить на себя внимание окружающих. Этому типу свойственно и отсутствие объективной правды, как по отношению к другим, так и к самому себе (патологическая лживость).
- ***Неустойчивый тип*** характеризуется отсутствием собственного мнения и силы воли. Это душевно неглубокие, слабохарактерные люди, легко попадающие под влияние окружения, особенно антисоциально настроенного.
- ***Антисоциальный тип*** отличается полным отсутствием морали и нравственности при более или менее сохранном интеллекте (нравственное помешательство). Это люди страдают частичной эмоциональной тупостью (отсутствие эмпатии), такие личностные качества как ответственность и долг у них не формируются.

- ***Конституционально-глупый тип*** – это люди врождённо ограниченные, от рождения неразумные, могут вполне успешно учиться в школе, но применить свои знания в жизни неспособны. Им свойственна высокая внушаемость, постоянная готовность подчиняться голосу большинства. Это люди «шаблона», банальности и моды.

В 1968 году немецкий психиатр К. Леонгард вводит понятие «акцентуированная личность», под которым автор понимал человека с чрезмерно усиленными личностными чертами – ***акцентуациями характера***. По мнению К. Леонгарда, акцентуации личности развиваются в период становления характера и сглаживаются с возрастом, однако при неблагоприятных условиях они легко могут перейти в патологическое состояние (психопатии).

В классификации акцентуаций К. Леонгард выделил 10 типов акцентуированной личности [97]:

- ***Демонстративный тип*** характеризуется театральностью, наигранностью поведения, тщеславием, ориентированностью на собственное «Я» как на эталон. Таким типом движет стремление к лидерству, к власти, к признанию, что проявляется в постоянной потребности внимания к своей персоне. При этом чувства его неглубоки, воля ослаблена, авторитет невысок, а потому он склонен к патологическому фантазированию и лжи.
- ***Педантичный тип*** отличается ригидностью, инертностью психических процессов, нерешительностью, ипохондрией, боязнью несоответствия «Я» социальным идеалам. Очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. Усидчив, ориентирован на высокое качество работы, склонен к перфекционизму.
- ***Застревающий тип*** характеризуется занудством, подозрительностью, заносчивостью, длительным хранением обид, склонностью к нравоучениям. В социальных контактах проявляет настороженность и недоверчивость. Жёсткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов в ущерб интересов окружающих его людей.
- ***Возбудимый тип*** отличается повышенной импульсивностью, аффективно взрывным характером в сочетании с ослабленным самоконтролем над влечениями и побуждениями. Также ему свойственна грубость, гневливость, склонность к хамству, брани, конфликтам, которые зачастую сам и провоцирует. Не проявляет интереса к труду и учёбе, делает что-либо лишь по мере необходимости.
- ***Гипертимный тип*** характеризуется активностью, общительностью, чрезмерной самостоятельностью, недостатком чувства дистанции в отношениях с другими. Им движет желание деятельности, погоня за переживаниями, яркими красками жизни. Он оптимист, но легкомысленный, поверхностный, глубокие переживания ему несвойственны.
- ***Дистимический тип*** отличается подавленностью настроения (философский пессимизм), вдумчивостью, склонностью к глубокой рефлексии. Часто угрюм, заторможен, предрасположен к фиксации на теневых сторонах жизни, обычно избегает общественных мероприятий, ведёт замкнутый образ жизни.
- ***Тревожный тип*** характеризуется робостью, нерешительностью, пугливостью, заниженной самооценкой, в то же время дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью. Рано формируется чувство долга и ответственности.

- ***Эмотивный тип*** характеризуется ярко выраженной эмпативностью, мягкосердечием, отзывчивостью. Чрезмерно впечатлителен, любые жизненные события воспринимает серьёзнее, чем другие люди.
- ***Аффективно-экзальтированный тип*** отличается ярко выраженными перепадами настроения – от крайнего восторга до глубокой печали, причём по малейшему поводу. Наряду с этим характерна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость и паникёрство.
- ***Аффективно-лабильный тип*** характеризуется колебанием гипертимных и дистимных фаз. Смена фаз имеет определённый индивидуальный цикл, как правило, не связанный с какой-либо внешней причиной.

В 1977 году А.Е. Личко, опираясь на труды П.Б. Ганнушкина и К. Леонгарда, создаёт типологию личности, ориентированную на подростковый возраст. Как и К. Леонгард, А.Е. Личко считал, что акцентуации характера занимают пограничное положение между нормой и психопатологией личности. «Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определённого рода психогенных воздействий при хорошей, даже повышенной устойчивости к другим» [102].

По степени выраженности А.Е. Личко выделил:

- ✓ *явные акцентуации* – это крайняя степень нормы, при условии отсутствия психотравм декомпенсация не наступает;
- ✓ *скрытые акцентуации* – это средняя степень нормы, акцентуированные черты проявляются в основном при психотравмах, но при этом не наблюдается дезадаптация.

Классификация акцентуаций по А.Е. Личко представлена следующими типами:

- ***Гипертимный тип*** отличается приподнятым настроением, изредка и ненадолго его оптимизм омрачается вспышками раздражения, гнева, агрессии. Этому типу свойственно хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, безудержный интерес ко всему вокруг, при этом увлечения, как и отношения ко всему поверхностны и кратковременны.
- ***Циклоидный тип*** характеризует смена двух фаз – гипертимная и субдепрессивная. При спаде настроения проявляется склонность забрасывать дела, наблюдается повышенная чувствительность к критике и оскорблениям. При гипертимной фазе появляется инициативность, высокая работоспособность, оптимизм и общительность.
- ***Лабильный тип*** отличается ярко выраженной сменой настроения по незначительным поводам. Такой тип крайне обидчив, очень сильно привязывается к внешним условиям, близким и друзьям, вследствие этого болезненно переживает любые перемены, расставания с близкими и друзьями, не выносит длительного одиночества.
- ***Астено-невротический тип*** характеризуется повышенной утомляемостью и раздражительностью, склонностью к ипохондрии. Могут наблюдаться внезапные аффективные вспышки по малозначимому поводу или вследствие срыва намеченных планов.
- ***Сенситивный тип*** отличается повышенной впечатлительностью, робостью, застенчивостью, неуверенностью в себе, вследствие чего зачастую становится

объектом насмешек ровесников. При этом данному типу свойственно проявление доброты и взаимопомощи.

- ***Психастенический тип*** робкий, пугливый, склонен к самоанализу и рефлексии. Его отличительными чертами являются: сдержанность, ответственность, рассудительность, самокритичность и надёжность. У такого типа подростков обычно ровное настроение без резких изменений.
- ***Шизоидный тип*** отличается замкнутостью, отгороженностью от окружающего мира, неспособностью или нежеланием устанавливать контакты, ослаблением потребности в общении, отсутствием сопереживания и сострадания окружающим.
- ***Эпилептоидный тип*** склонен к дисфориям в сочетании с аффективными вспышками, к проявлениям инстинктивных и патологических влечений. Вязкость, тугоподвижность и инертность мышления накладывают отпечаток на всю психическую деятельность. Чрезмерно возбудимые и авторитарные подростки такого типа стремятся к доминированию над сверстниками.
- ***Истероидный тип*** характеризуется гипертрофированным эгоцентризмом. Жажда постоянного внимания к своей персоне, всеобщее восхищение, восхваление и преклонение - вот главные потребности данного типа. Самое больное место – это безразличие и равнодушие. Лживость и фантазирование полностью направлены на приукрашивание своей персоны. Неспособен испытывать глубокие чувства к другим, помощь кому-либо может быть оказана как собственная реклама.
- ***Неустойчивый тип*** отличается недостатком воли, леностью, нежеланием заниматься общественно-полезным делом. Самым привлекательным является любого рода развлечения, праздное времяпрепровождение. Легко попадает под влияние антисоциальных группировок.
- ***Конформный тип*** характеризуется чрезмерной и постоянной подстройкой своего мнения и поведения под образ и подобие большинства. Такие люди стремятся «делать как все» и «поступать как все». Склонны к шаблонности и стереотипности, любые радикальные изменения их пугают.

Акцентуации, как уже было сказано, при определённых условиях могут перейти в психопатии. Детерминирует возникновение психопатий широкий круг различных видов психогений, среди которых главное место занимает постреактивное развитие личности, характеризующееся постепенным формированием патологических личностных черт. Существенную роль играет и возрастной фактор, так как процесс зарождения, формирования личности и её ядра (ценности, потребности, принципы и т.д.) происходит в детском и подростковом возрасте.

Взяв за основу особенности психогенеза нарушений формирующегося характера и преобладающих проявлений, В.В. Ковалёв (1979) выделил следующие типы патологического формирования личности подростка:

– *патохарактерологический;*
– *постреактивный;*
– *невротический;*
– *дефицитарный.*

При патохарактерологическом типе формирования личности в условиях психогенно травмирующей ситуации у детей и подростков формируются и закрепляются отклонения

характера по аффективно-возбудимому, тормозимому, истероидному и неустойчивому типу. При постреактивном типе развития личности формирование патологических черт характера обусловлено перенесёнными психотравмами, следствием которых могут стать шизоидные и параноидные черты. При невротическом развитии личности у детей и подростков формирование патологических черт характера происходит на основе пролонгированного действия психотравмы и может проявляться в сочетании с невротической симптоматикой. Дефицитарный тип патологии личности возникает у детей с различными (врождёнными или приобретёнными на ранней стадии развития) физическими дефектами и хроническими заболеваниями, обусловливающими реакцию личности на осознание дефекта, а также в разной степени выраженную социальную депривацию [76, с. 206].

На современном этапе, с признанием российской психиатрией Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), классификация психопатий П.Б. Ганнушкина считается устаревшей, понятие «психопатии» заменено синонимичным понятием – ***расстройства личности***. Вместе с тем акцентуации по-прежнему рассматриваются в качестве преморбидного фона развития различных расстройств личности.

В МКБ-10 представлены следующие типы расстройства личности:

- ***Параноидное расстройство*** (F60.0) проявляется в чрезмерной чувствительности к фрустрации, злопамятности, в постоянном недовольстве окружающими, а также в склонности к патологической подозрительности.
- ***Шизоидное расстройство*** (F60.1). Характерными особенностями для данного типа являются: замкнутость, погружённость в себя и свои фантазии (аутизм), склонность избегать эмоционально насыщенных отношений.
- ***Диссоциальное расстройство*** (F60.2) проявляется в игнорировании социальных норм, импульсивности, агрессивности и крайне ограниченной способности формировать привязанности.
- ***Эмоционально-неустойчивое расстройство*** (F60.3) характеризуется эмоциональной неуравновешенностью, импульсивностью, низким уровнем самоконтроля. Выделяют две разновидности данного расстройства: импульсивный тип (F60.30) и пограничный тип (F60.31).
- ***Истерическое расстройство*** (F60.4) характеризуется неиссякаемой потребностью в получении внимания, неустойчивой самооценкой, переоценкой значимости секса, наигранным поведением и др.
- ***Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство*** (F60.5) проявляется в чрезмерной склонности к сомнениям, в патологическом перфекционизме, в упрямстве, в периодически возникающих обсессиях и/или компульсиях.
- ***Тревожное расстройство*** (F60.6) выражается в постоянном страхе быть осмеянным, униженным, отверженным, в чувстве неполноценности, крайней чувствительности к критике, замечаниям, негативным оценкам окружающих. Вследствие этого люди с тревожным расстройством личности избегают социального взаимодействия и уверены в том, что не умеют общаться.
- ***Зависимое расстройство личности*** (F60.7) характеризуется повышенным ощущением беспомощности, некомпетентности и нежизнеспособности без поддержки других людей, потребность в которой ощущается практически постоянно.

Другие специфические расстройства личности (F60.8) представлены на рисунке 44.



Рис. 44. Другие специфические расстройства личности (МКБ-10)

Многие люди, страдающие расстройствами личности, не понимают, что это психические нарушения. Они не признают этот факт и тогда, когда отдельные патологические проявления значительно снижают качество их жизни. Довольно часто у одного и того же человека в результате патопсихологического обследования обнаруживаются признаки, характерные сразу для нескольких расстройств личности. При этом он твёрдо уверен в том, что это всего лишь его индивидуальные особенности и менять их бессмысленно.

Контрольные вопросы

1. Раскройте содержание понятия «личность».
2. Перечислите основные составляющие структуры личности.
3. Раскройте суть понятия «направленность личности».
4. Перечислите виды нарушений личности по Б.В. Зейгарник.
5. Что вы знаете о нарушении опосредствования и иерархии мотивов?
6. Приведите примеры патологических потребностей и мотивов.
7. К чему приводит нарушение смыслообразования?
8. Что значит «психопатическая личность» с точки зрения К. Ясперса?
9. Перечислите критерии психопатии П.Б. Ганнушкина – О.В. Кербикова.
10. В чем заключается отличие акцентуаций характера от психопатий?
11. Объясните суть понятия «личностный дефект».

Рекомендуемая литература

1. Аверин, В.А. Психология личности. СПб.: Михайлова В.А., 1999.
2. Братусь, Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988.
3. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М: Медицинская книга 2010.
4. Зейгарник, Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / под ред. Б.С. Братусь. – М: МГУ, 1980.
5. Зейгарник, Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
6. Ковалёв, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.
7. Куликов, Л.В. Психология личности в трудах отечественных психологов. СПб: Питер, 2000.
8. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. М.: «Академия», 2000.
9. Леонгард, К. Акцентуированные личности. Ростов н/Д: Феникс, 2000.
10. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб.: Речь, 2010.
11. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / под ред. М.Н. Глущенко, М.В. Ромашкевича. М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
12. Ясперс, К. Общая психопатология / пер. с нем. Л.О. Акопяна. Москва: Практика, 1997.

ГЛАВА 7. Патопсихологические синдромы

Патопсихология, исследуя нарушения психической деятельности, квалифицирует психопатологические явления в рамках современных психологических знаний, используя при этом понятийный аппарат психологии. Вместе с тем клинический психолог должен отлично ориентироваться в клинических понятиях, которые часто применяют в практике патопсихологии в связи с её пограничным и прикладным характером. Решение большинства практических задач, обусловленных специфической направленностью патопсихологического исследования, не представляется возможным без хорошей ориентации в клинической семиотике различных психических заболеваний.

Одной из основных задач патопсихологии является получение дополнительных сведений о нарушении психической деятельности при различных психических расстройствах посредством психологических методов исследования. При этом психолог исследует психику как целостную систему с её отдельными подструктурами: когнитивной, эмоциональной, мотивационно-волевой.

Когнитивная сфера включает в себя все познавательные процессы, когнитивные стратегии и особенности рефлексии. Чувственное познание осуществляется посредством процессов ощущения и восприятия, рациональное познание становится возможным посредством мышления, представления, воображения. Память формирует информационную базу, внимание – ориентировочную основу психики, а речь опосредует мыслительную деятельность.

Эмоциональная сфера представляет собой один из главных регуляторов жизнедеятельности человека, включающий в себя всё многообразие эмоционального реагирования, переживаний и чувств. Эмоции регулируют поведением, сигнализируют о состоянии потребностей, выступают в качестве мощных источников активности.

Мотивационно-волевая сфера определяет смысловое пространство личности, систему отношений, которая направляет психическую активность человека на удовлетворение потребностей. Мотивация поддерживает активность движущей силы побуждения. Мотивационной силой обладают цели, приводящие в действие волю, а волевая энергия, которая при этом возникает, тем больше, чем больше значение цели (В. М. Мясищев, 1960). Целеполагание направляет энергию, интегрирует интеллект, волю, чувства человека на решение жизненно важных задач и самореализацию.

Накапливая определённые данные о трёх этих сферах личности на основе диагностики, собирая данные о болезни и выделяя её признаки, психолог анализирует и обобщает полученную информацию. Весь процесс патопсихологического обследования, весь комплекс полученных диагностических сведений даёт основание психологу составить патопсихологическое заключение**.**

Цель патопсихологического исследования – выявление патопсихологических симптомов и синдромов. Сложность выделения патопсихологических синдромов обусловлена, с одной стороны, их большой близостью к психопатологическим синдромам, а, с другой стороны, отсутствием разработанной семиотической методологии в патопсихологии. Будучи основным разделом клинической психологии, использующим психологические методы для изучения патологии психической деятельности,

патопсихология до последнего времени не использовала синдромального подхода, принятого в психиатрии, но рассматривала его как перспективное направление своего развития.

Патопсихологические синдромы, так же как и клинико-психопатологические, складываются из симптомов. Выделение и квалификация симптомов представляет собой первый уровень диагностики. В клиническом понимании ***симптом*** есть отдельный признак проявления патологического состояния организма или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности.

Диагностика психических расстройств начинается с выделения основных симптомов, складывающихся в синдром, синдромов – в нозологическую клиническую единицу – болезнь. Без качественной диагностики невозможно выработать правильную терапевтическую стратегию и тактику, включающую реабилитационные и абилитационные мероприятия (Г.Н. Носачев, В.С. Баранов, 2004).

По мнению В.А. Жмурова, ***синдром*** есть совокупность симптомов, имеющих общий механизм развития. Из синдромов и закономерной последовательности их смены (патогенеза) образуется клиническая картина заболевания в его статике и динамике (В.А. Жмуров, 1986) [59].

В.М. Блейхер и И.В. Крук определяют ***патопсихологический синдром*** как «патогенетически обусловленную общность признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных» [15, с. 34].

Патопсихологические и психопатологические синдромы, отмечает Г.Н. Носачев, существуют самостоятельно и раскрывают разные аспекты клинических проявлений различных психических заболеваний. По мнению автора, *патопсихологический синдром* – это «патогенетически обусловленное, закономерное сочетание симптомов нарушения когнитивной, эмоциональной, мотивационной сфер и поведения индивида в рамках определённой нозологической принадлежности, выявленных посредством экспериментально-психологического метода» [129, с.19].

По мнению В.А. Жмурова, от «синдрома» следует отличать понятие «*симптомокомплекс*», под которым понимают сумму всех нарушений, выявляющихся у пациента на момент исследования (В.А. Жмуров, 1986).

При определении нозологической формы психического заболевания следует акцентировать внимание не столько на доминирующий в состоянии больного психопатологический синдром, сколько на весь симптомокомплекс, который включает в себя: взаимосвязи центрального синдрома с дополнительными симптомами и синдромами, динамику изменений, сохранность личности больного. Только так возможно полноценно оценить глубину и масштаб поражения, степень вовлечения психической сферы в болезненный процесс (С. Л. Соловьёва, 2004).

Патопсихологический симптомокомплекс, с точки зрения И.А. Кудрявцева, – это «относительно специфический паттерн (определённым образом организованный комплекс, структурированная совокупность) внутренне связанных, родственных по происхождению (патогенезу) и механизмам развития психологических феноменов (симптомов) – признаков нарушения поведения, эмоционального реагирования и познавательной деятельности, несущих информацию об уровне (глубине), объёме (тяжести) психического поражения и некоторых его нозологических характеристиках (диагностической «окраске»)» [87, с. 55].

По природе происхождения вся психопатологическая симптоматика условно подразделяется на позитивную и негативную (см. рис. 45).

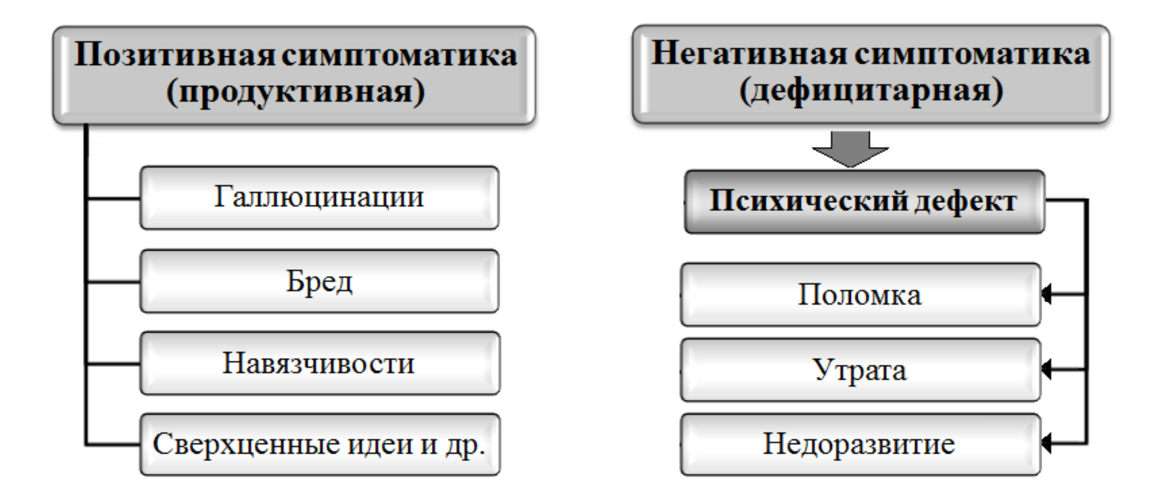


Рис. 45. Позитивная и негативная симптоматика

Позитивная симптоматика (продуктивная) – это присоединение определённого симптома, который появляется дополнительно и окрашивает клиническую картину. К таким симптомам относят: галлюцинации, бред, навязчивости, сверхценные идеи и другие патологические образования.

Позитивная симптоматика динамична, она нарастает постепенно. Первичные невротические симптомы, возникающие в инициальном периоде болезни, трансформируются в более тяжёлые, грубые (психотические) симптомы. Позитивная симптоматика может резко возникать при обострении заболевания, а затем пропадать сама по себе или под воздействием адекватного лечения. Она, как правило, менее специфична и может быть сходной при нескольких различных заболеваниях.

Негативная симптоматика (дефицитарная) – признак психического стойкого дефекта, выпадения функции вследствие поломки, утраты или недоразвития. Примерами негативной симптоматики являются утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), неспособность испытывать яркие эмоциональные чувства (апатия).

Негативная симптоматика является, как правило, необратимой, стабильной во времени и устойчивой к терапевтическим воздействиям. Её развитие выражается в последовательном стирании, смывании (диссолюции) сначала наиболее хрупких, поверхностных слоёв психики и личности, а затем и более глубинных, прочных функций, определяющих её структуру. В этом заключается специфический характер негативной симптоматики, который играет существенную роль в диагностике таких заболеваний, как: шизофрения, эпилепсия, атрофические процессы (Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г., 2002).

Дж.Х.Джексон (1884) в своей теории эволюции и диссолюции психических расстройств описал закономерность возникновения и общей последовательности развития симптомов для многих психических заболеваний. Основные положения его теории представлены на рисунке 46:

1. Психическая деятельность осуществляется иерархически расположенными уровнями или центрами, причем деятельность низших центров регулируется высшими;

2. При повреждении или временном выключении высших уровней деятельность нижележащих не прекращается;

3. Следствием выпадения функций высших центров является негативная симптоматика, продуктивные симптомы возникают в результате высвобождения активности нижележащих центров и не находятся в непосредственной причинной связи с болезнью;

4. Клиническая картина возникающих психических расстройств определяется также различиями в темпе, в котором происходит дезинтеграция (диссолюция) психической деятельности;

5. Неврологические расстройства вызваны более локальной диссолюцией, а психические — глобальной, равномерной, «униформной».

Рис. 46. Основные положения теории эволюции и диссолюции Дж. Х. Джексона

Так же как и симптомы, синдромы разделяют на позитивные и негативные. При оценке заболевания необходимо рассматривать их в единстве и взаимосвязи, так как это необходимо для понимания патогенетической сущности нозологической картины (А.О. Бухановский, 1998).

Позитивные синдромы включают в себя разнообразные, принципиально обратимые расстройства психической деятельности. Порядок их классификации частично отражает нарастание тяжести расстройства психической деятельности – от относительно лёгких (астенический синдром) до массивных психических нарушений (синдромы помрачения сознания).

Негативные синдромы соответствуют выпадению тех или иных психических процессов. Это широкий круг частично обратимых или устойчивых состояний – от истощаемости психической деятельности до выраженного психического маразма [174, с. 55].

Классификации патопсихологических синдромов. Единой классификации патопсихологических синдромов не существует, создающиеся классификации тесно связаны с нозологическим подходом в отечественной психиатрии и базируются на нем.

Впервые типология патопсихологических синдромов была разработана и представлена И.А. Кудрявцевым (1982) [87]. На основе результатов многолетней исследовательской работы, проводившейся в рамках судебно-психиатрической экспертизы, автор выделил четыре основных патопсихологических синдрома, которые наиболее часто встречаются в практике:

– *синдром психогенной дезорганизации;*
– *шизофренический* (или диссоциативный);
– *органический;*
– *олигофренический;*
– *психопатический.*

По мнению автора, для выявления и определения патопсихологического синдрома необходимо выявить патопсихологическое «ядро». Для синдрома психогенной дезорганизации этим «ядром» является реактивная дезорганизация умственной деятельности; для шизофренического синдрома – нарушение селективности информации; для органического синдрома – снижение функциональности когнитивных процессов и умственной работоспособности; для психопатического – аффективная обусловленность поведения с частичным отсутствием критики и завышенным уровнем притязаний (И.А. Кудрявцев, 1982).

Обобщая научные изыскания и многолетний опыт практической работы, И.А. Кудрявцев делает вывод о том, что «проведённое динамическое сопоставление повторных психиатрических нозологических и патопсихологических синдромальных диагнозов выявило высокую степень их соответствия, подтвердив диагностическую надёжность и информативность патопсихологических симптомокомплексов. На основании полученных результатов можно утверждать, что патопсихологические синдромы, подобно симптомокомплексам в психопатологии и нейропсихологии, являются необходимым промежуточным этапом на пути восхождения к синтезу высшего порядка – нозологическому и функциональному диагнозу» [86, с. 55].

В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков (1996) дополнили и модифицировали классификацию И.А. Кудрявцева. С точки зрения авторов, она должна быть представлена следующими синдромами:

– *шизофренический;*
– *аффективно-эндогенный* (маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста).
– *олигофренический;*
– *экзогенно-органический* (экзогенно-органические поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия ЧМТ и т. д.);
– *эндогенно-органический* (истинная эпилепсия, первичная атрофия мозга);
– *личностно-аномальный* (расстройства личности, психогенные реакции);
– *психогенно-психотический* (реактивные психозы);
– *психогенно-невротический* (неврозы и невротические реакции).

Как можно видеть, органический синдром разделён на варианты: экзогенно-органический и эндогенно-органический, а синдром психогенной дезорганизации на психогенно-психотический и психогенно-невротический вариант. Дополнительно авторы ввели ещё два синдрома: личностно-аномальный и аффективно-эндогенный.

Г.Н. Носачев, Д.В. Романов (2004) представили свою классификацию патопсихологических синдромов, построение которой основывается на принципе соотнесения патопсихологической картины расстройств с определённой нозологической единицей – психическим заболеванием или аномалией развития психики и личности. В рамках данной классификации рассматриваются следующие патопсихологические синдромы:

– *синдром психотической дезорганизации;*
– *шизофренический;*
– *аффективный (варианты - гипертимический и гипотимический);*
– *органический (варианты - ригидный, лабильный, мнестический);*

– *эпилептический;*
– *олигофренический;*
– *личностно-аномальный (варианты - возбудимый и торпидный).*

Классификация С.Л. Соловьёвой (2004) представляет собой обобщённый вариант всех предыдущих классификаций (см. рис. 47), а потому далее рассмотрим более подробно входящие в неё синдромы.



Рис. 47. Классификация патопсихологических синдромов

7.1. Патопсихологический синдром психотической дезорганизации

Синдром психотической дезорганизации встречается практически при всех психических расстройствах, независимо от их клинической картины.

Под ***психотической дезорганизацией (психоз)*** понимается ярко выраженное качественное нарушение психической деятельности, представленное на психопатологическом уровне синдромами помрачённого сознания, галлюцинациями и бредом, депрессивным или маниакальным синдромом, психомоторным ступором или возбуждением, нарушениями оценки реальности, т.е. выраженными качественными расстройствами психики (Г.Н. Носачев, Романов Д. В., 2004).

Когнитивная сфера. *Восприятие* больного, находящегося в психотическом состоянии, характеризуется нарушением объёма (сужение или расширение) и наличием продуктивной симптоматики (иллюзии, галлюцинации).

Внимание отличается нарушением устойчивости и концентрации в отношении реальных объектов, а также сосредоточенностью на иллюзорно-галлюцинаторных переживаниях. Вместе с тем отмечается низкая переключаемость (торпидность) или высокая непродуктивная переключаемость (отвлекаемость).

Нарушение мнестической функции характеризуется снижением объёма оперативной памяти, невозможностью удержания информации, её хранения, а также восстановления определённой информации. Как для кратковременной, так и для долговременной памяти характерным является низкий объем запоминания, а воспроизведение подменяется стимулами из предшествующих заданий либо ложным воспроизведением информации (парамнезии).

Мышление характеризуется нарушением селективности при выборе аналитико-синтетических критериев сравнения, обобщения, классификации, конкретизации и абстрагирования. Непродуктивность мыслительной деятельности возникает вследствие нарушения целенаправленности и категориальной логики мышления (оперирование понятиями), что отражается в ложных суждениях и умозаключениях (бред). Также отмечается либо низкий темп (брадифрения) – инертность ассоциаций, либо чрезмерно высокий темп мышления (тахифрения), при этом ассоциации хаотичные, дискретные, случайные.

Речь устная грамматически нарушена, наблюдаются неологизмы, речевые «эмболы» (персеверация звуков, фраз). Отмечается чрезмерное речевое возбуждение, ускорение темпа и безудержность речевой продукции (логорея), при этом изложение мысли непоследовательно высказывания дискретны. Избыточная смысловая насыщенность не позволяет понять и оценить смысловую сторону сказанного. Может также наблюдаться бедность речевой продукции. Вместе с тем речь монологична, диалоговая речь затруднена.

Речь письменная отличается значительными нарушениями каллиграфии и грамматики. Отмечаются игнорирование краёв листа, персеверации букв, слов, фраз, а при рисовании – персеверация элементов.

Эмоциональная сфера. Характерно внезапное возникновение аффективных реакций при отсутствии внешних факторов, которые могли бы их спровоцировать, при этом сила реакции либо неадекватно низкая, либо чрезмерно высокая. Нарушена целостность и единство эмоциональных процессов. Отмечается снижение аффективного контроля над реакциями и поведением. В экспериментально-психологическом обследовании перед выполнением задания больные часто проявляют такие эмоции, как тревога и страх.

Мотивационно-волевая сфера характеризуется неустойчивостью и парадоксальным сосуществованием сразу нескольких взаимоисключающих мотивов. Отмечается отсутствие или недостаточное мотивационное опосредование, нарушение целеполагания регуляции мотивов и поведения.

Внешний вид и поведение пациента отличается большим разнообразием – от безучастного, отстранённого и подавленного до расторможенного, гиперактивного и экспрессивного. При этом главной характерной особенностью является их неадекватность. Поведение в целом отражает интрапсихические переживания (бред, галлюцинации и др.). Контакт с экспериментатором формален и неустойчив. Диалог либо отсутствует, либо постепенно переходит в монолог испытуемого. Зачастую продуктивность в эксперименте крайне низкая из-за неверного понимания инструкции. Помощь экспериментатора может быть принята, но значительного влияния на результат она не оказывает.

Характерной особенностью психотической дезорганизации является неоднородность структуры и изменчивость выраженности нарушений познавательных процессов. Данное

обстоятельство делает невозможным определение глубины интеллектуального дефекта, степени мотивационно-волевого снижения, выраженности эмоционального обеднения и др.

Синдром сопровождает острые психопатологические состояния и чаще всего является обратимым. Поэтому диагностика синдрома психотической дезорганизации является прямым показанием к рекомендации повторного патопсихологического обследования по мере купирования психического расстройства.

Психические расстройства, при которых встречается данный патопсихологический синдром: шизофрения (все виды, формы и типы течения, кроме неврозоподобных), шизоаффективные расстройства, реактивные психозы, эпилептические, экзогенно-органические и органические психозы [129].

7.2. Шизофренический синдром

Шизофренический патопсихологический синдром устойчиво диагностируется при шизофрении.

Шизофрения – эндогенное психическое заболевание с непрерывным или приступообразным течением, проявляющееся в нарушении личности в виде шизофренического дефекта (снижение психической активности, эмоциональная тупость, аутизм, нарушение мышления) при сохранности формальных способностей интеллекта (памяти, приобретённых знаний и др.), в сочетании с продуктивной симптоматикой (бред, галлюцинации, навязчивости, сверхценные идеи) [20].

Когнитивная сфера. *Восприятие* характеризуется изменением субъективного отражения отдельных элементов действительности, которые могут приводить к нереалистическому или фантастическому восприятию мнимых образов.

Внимание характеризуется нарушением его произвольного компонента при концентрации и переключаемости. Вместе с тем наблюдается относительная сохранность непроизвольного внимания (объёма, устойчивости). Характерна также фиксация внимания на поверхностных и случайно выхваченных из общего контекста деталях.

Нарушений *памяти* при шизофрении, как правило, не возникает. Проявляющиеся в ряде случаев конфабуляции не сопровождаются амнезией и относятся к конфабуляторному бреду (бреду воображения по Дюпре). Память страдает преимущественно за счёт ослабления её мотивационного компонента (С.Л. Соловьёва, 2004).

Мышление при шизофрении становится аутистическим – оторванным от реальности. Нарушаются все основные компоненты мыслительной деятельности: операционный, динамический, мотивационный. Нарушение целенаправленности *мыслительной деятельности* проявляется в соскальзывании, разноплановости, резонёрстве, отсутствии критики. Нарушение операциональной стороны мышления проявляется в искажении процесса обобщения, разорванности, атактичности, при которой целостность мысли расщепляется на две случайно возникшие ассоциации, сливающиеся воедино (разнородное содержание – в одно понятие, отрывки мыслей – в одну новую мысль). Характерна также стереотипность мышления (вербигерации, персеверации), снижение уровня обобщения на фоне низкой категориальности мышления, тенденция к символическому мышлению (замена

понятий образами). Темп мышления либо ускоренный (скачка идей), либо замедленный (торпидность), вплоть до внезапных обрывов (шперрунги).

Речь устная характеризуется вычурностью, с необычными эксцентричными высказываниями, особой интонацией (манерность речи). Часто наблюдается употребление неологизмов, возникающих в результате замены понятий символами. Также отмечается особого рода разорванность речи, при которой бессмысленное содержание излагается в грамматически правильной форме (шизофазия). При речевом возбуждении наряду с инкогеренцией (бессвязный набор слов) возможна вербигерация (однообразное повторение одних и тех же слов или фраз), эхолалия (повторение отдельных слов и фраз, произносимых присутствующими). При «скачке идей» у больных отмечается повышенная речевая продуктивность – «натиск речи». Нередко наблюдается длительный отказ от речи – мутизм (безмолвие).

Речь письменная отличается своеобразием почерка, заполнением пустых пространств листа орнаментами, символикой, персеверацией отдельных элементов.

Эмоциональная сфера характеризуется прогрессирующим обеднением эмоциональных реакций, при этом сами реакции имеют неадекватный и парадоксальный характер. Больной может несоответственно ситуации радоваться, равнодушно констатируя трагические события, а может проявлять взрывные реакции по малозначительным поводам. В таких реакциях прослеживается наигранность, отсутствие эмоциональной значимости, поэтому они так же легко проходят, как и возникают (шизофренический «псевдоаффект»).

Одной из доминирующих эмоций при шизофрении является патологический страх, возникающий с разной интенсивностью и проявляющийся в различной форме. Интенсивность страха колеблется от угнетающего чувства тревоги и надвигающейся опасности до внезапного возникновения беспричинной паники.

При наличии выраженных патопсихологических расстройств отмечаются постепенное обеднение, оскудение эмоциональной сферы со своеобразным выхолащиванием аффектов. Сначала страдают высшие эмоции: эмпатия, альтруизм, эмоциональная отзывчивость. Впоследствии больные становятся все более отчуждёнными, безразличными к внешним событиям, своим близким и к собственной жизни.

В эмоциях, в поведении и импульсах к действию возникает ***схизис*** (расщепление) – одновременное существование двух или более взаимно исключающих мыслей, эмоций, чувств, мотивов, волевых актов (амбивалентность), например, одновременное проявление противоположных по модальности переживаний – любви и ненависти.

Мотивационно-личностная сфера. Нарушения мотивации и продуктивной деятельности носят при шизофрении основополагающий характер. Расстройства мотивации проявляются разнообразно, а именно: разноплановость, бессистемность мотивации, сужение круга мотивов и их побудительного уровня, нарушение целеполагания и смыслообразующей функции мотивов, перестройка смысловой иерархии мотивов. Нарушение иерархии мотивов часто проявляется в виде сосуществования отдельных высших потребностей (познавательных, эстетических) при ослаблении некоторых базовых потребностей (секс, безопасность, любовь и признание).

Наиболее характерным для шизофренического синдрома является прогрессирующее общее изменение личности, заключающееся в отчуждении от внешнего мира и замкнутости

(аутизм), оппозиционном отношении к окружающим, немотивированных и странных поступках, чудаковатости (Э. Блейлер, 1911).

В патогенезе шизофренического синдрома наблюдается расстройство самосознания (сознание «Я»), при котором возникает чувство отчуждения отдельных психических актов, аффектов, чувство изменения своего духовного «Я», его раздвоение, утрата единства своего бытия и бытия реального мира. При этом у больных нередко возникают различные явления дереализации и деперсонализации. Интересы, склонности, ценности перестают выполнять побудительную функцию. Поведение не подчиняется значимым для личности задачам. Нарушения мотивационной сферы неизбежно приводят к нарушениям личностного смысла.

*Внешний вид и поведение***.** Не только речь, но и поведение при шизофрении отличается вычурностью. Движения утрачивают пластичность и плавность, делаются отрывистыми и резкими. При этом выражение лица маскообразно, иногда с появлением неестественных гримас. В поведении можно наблюдать разнообразие от гротескно-причудливого или манерно-дурашливого до обездвиживания, доходящего до степени ступора с мышечным напряжением (кататония). Поступки зачастую немотивированны, импульсивны, непредсказуемы, порой могут быть общественно опасными.

Важно также отметить, что вся описанная симптоматика развивается на фоне неомрачённого сознания и не является транзиторной. Следовательно, речь идёт о глубоких и стойких изменениях личностной структуры, которые могут усиливаться при обострении болезни, но никогда не исчезают полностью. В клинической картине могут преобладать расстройства различных сфер психической деятельности, что определяет многообразие клинических проявлений шизофрении.

Обобщённые клинические симптомы, определяющие нозологическую картину шизофрении, представлены в таблице 11.

Таблица 11

Клинические симптомы шизофрении

<table>
<tr><th colspan="2">Негативные симптомы</th><th>Позитивные симптомы</th></tr>
<tr><td>Схизис (расщепление)</td><td>Нарушение целостности функционирования отдельных сфер психической деятельности и всей психики больного как целого.</td><td rowspan="5">Бред
Галлюцинации
Навязчивости
Сверхценные идеи</td></tr>
<tr><td>Аутизм</td><td>Разрыв между внутренним миром больного и внешним.</td></tr>
<tr><td>Когнитивные нарушения</td><td>Аутистическое мышление, отсутствие критики, разорванные, не имеющие связи между собой ассоциации, резонёрское мышление, неологизмы, ментизм, шперрунг.</td></tr>
<tr><td>Эмоциональные нарушения</td><td>Эмоциональная противоречивость, неадекватность, амбивалентность, холодность, апатия.</td></tr>
<tr><td>Волевые нарушения</td><td>Утрата единого волевого стержня личности, направляющего деятельность человека, определяющего его поведение. Из-за абулии больные не могут использовать свои, сохранные в большинстве случаев, интеллектуальные способности («шизофренический дефект»).</td></tr>
</table>

Нарушение личности	Утрата границ своего «Я»: чувство, что собственные психические процессы навязаны, «сделаны» кем-то извне (психические автоматизмы при синдроме Кандинского-Клерамбо), различные явления деперсонализации.	

Шизофренический дефект – это совокупность стойких изменений личности и поведения больного шизофренией. Выделяют следующие виды шизофренического дефекта:

- *Апатоабулический* – характеризуется эмоциональным оскудением, чувственным притуплением, утратой интереса к окружающему и потребности к общению, безразличием к происходящему вплоть до собственной судьбы, стремлением к самоизоляции, утратой трудоспособности и резким понижением социального статуса.
- *Психопатоподобный* – отличается личностными изменениями, эмоциональными реакциями и поведением (чудаковатость, гротескность, манерность, неадекватность эмоций и реакций, эгоцентричность, жестокость и т.п.).
- *Псевдоорганический* – обнаруживается в снижении умственных способностей (интеллекта). Больные неспособны к продуктивной интеллектуальной деятельности за рамками собственных аутистических интересов.
- *Аутистический.* На первый план выходит эмоциональная недостаточность, нарушение контакта с внешним миром и уход в вымышленную реальность. Наблюдаются типичные изменения мышления с появлением необычных интересов, псевдоинтеллектуальные «хобби», вычурное собирательство и коллекционирование.

Психические расстройства, при которых встречается данный патопсихологический синдром: шизофрения, шизоаффективные расстройства, шизотипическое расстройство, шизоидное расстройство личности [129].

7.3. Аффективно-эндогенный синдром

В клинике аффективные нарушения представлены преимущественно маниакальным и депрессивным синдромами. При достаточно выраженной клинической картине аффективные синдромы не нуждаются в патопсихологическом подтверждении. Тем не менее такая необходимость возникает в случаях стёртых, атипичных, латентных депрессивных и маниакальных состояний либо в случаях их участия в формировании более сложных психопатологических синдромов.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) – это заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз (эпизодов), разделённых интермиссиями, т. е. состояниями с полным исчезновением психических расстройств и с сохранностью преморбидных свойств личности. Диагностика маниакально-депрессивного психоза определяется характером фаз – их аффективной модальностью, интенсивностью, типом чередования, наличием смешанных состояний и атипичных фаз, продолжительностью интермиссий [20].

Маниакальные фазы, как правило, внезапно возникают и длятся от 2 недель до 4-5 месяцев. Депрессивные фазы имеют тенденцию к более длительному течению (в среднем до

6 месяцев). Причиной возникновения той или иной фазы чаще всего являются стрессогенные ситуации и психотравмирующие факторы.

С.Л. Соловьёва аффективно-эндогенный синдром представляет двумя вариантами: *эндогенный маниакальный* и *эндогенный депрессивный*.

7.3.1. Эндогенно-маниакальная форма

Эндогенный маниакальный синдром характеризует классическая триада симптомов:

– *немотивированное повышение настроения* (гипертимия);
– *усиление побуждений к деятельности и повышенная активность* (гипербулия);
– *ускоренный темп течения ассоциативных процессов* (тахифрения).

Нарушения когнитивной деятельности при эндогенном маниакальном синдроме в основном связаны с динамикой психических процессов, проявляющейся в ускорении темпа, увеличении количества речевой и мыслительной продукции при их низком качестве.

Когнитивная сфера. Особенности *восприятия* отмечаются в расширении объёма и снижении образной дифференциации.

Внимание отличается неустойчивостью, повышенной отвлекаемостью, нарушением переключения. Часто при выполнении заданий наблюдается увеличение количества ошибок, больные неспособны длительно выполнять монотонные задачи (например, корректурная проба, таблицы Шульте). Чрезмерно высокая отвлекаемость внимания отражается в скачкообразном характере деятельности.

Память характеризуется непосредственным механическим запоминанием, в ряде случаев отмечается гипермнезия. Нарушение запоминания и воспроизведения отмечается при значительной степени выраженности аффективных расстройств. Смысловое содержание материала зачастую сохраняется.

Мышление отличается нарушением темпа мыслительного процесса по типу тахифрении (ускорение течения ассоциаций с обилием легко возникающих мыслей и представлений, поверхностным характером суждений). Ускорение может иметь различную степень выраженности, вплоть до «скачки идей». Обильное образование ассоциаций, быстро сменяющих друг друга, нарушает логическую структуру мышления от этого суждения и умозаключения либо поверхностны, либо затруднительны для понимания. У больных отмечается нарушение целенаправленности суждений и снижение критической оценки своих умозаключений.

Речь устная многословная, ускоренная. Отмечается снижение количества смысловых ассоциаций с нарастанием механических, иногда может наблюдаться слабое «оттормаживание» случайных ассоциаций и преобладание ассоциаций созвучных переживанию. Доминирует монологическая речь на фоне общего возбуждения и безудержности речевой продукции (логорея).

Речь письменная характеризуется гиперпродуктивностью, патетическим или поэтическим стилем.

Эмоциональная сфера. Одним из центральных симптомов эндогенного маниакального синдрома является гипертимия – неадекватно приподнятое настроение, для которого характерны чрезмерный оптимизм, весёлость, переживание восторга, необычайного счастья вплоть до эйфории. У больных отмечается нарушение волевого

контроля над аффектами, а также чрезмерная интенсивность эмоциональных реакций, которые могут быть неадекватными по своей направленности.

Мотивационно-волевая сфера характеризуется усилением побуждений к деятельности и повышенной активностью (гипербулия) при неустойчивости и рассогласованности мотивов деятельности, приводящих к нарушению целеполагания. Ни одно дело, как правило, не доводится до конца. Доминирующими потребностями становятся получение наслаждений и удовольствий (повышенный аппетит, гиперсексуальность и т.п.). В отличие от шизофренического синдрома, при аффективно-эндогенном синдроме с течением болезни не формируется «дефект» личности.

Внешний вид и поведение отличается гипердинамическими проявлениями в мимике, жестикуляции и моторике. В поведении отмечаются тенденции к самолюбованию, заигрыванию с сексуальным подтекстом. Основной проблемой экспериментатора часто является необходимость жёстко регламентировать деятельность пациента из-за низкой целенаправленности. Продуктивность в эксперименте обычно повышается при выполнении заданий, предполагающих творческий подход и отсутствие ограничений во времени. Реакция на неудачу в эксперименте слабая, по типу отрицания неуспеха.

Психические расстройства, при которых встречается данный патопсихологический синдром: маниакальная фаза аффективных эндогенных психозов, шизофрения с периодическим и приступообразно-прогредиентным течением, шизоаффективные психозы, органические поражения головного мозга [129].

7.3.2. Эндогенно-депрессивная форма

Эндогенный депрессивный синдром, так же как и маниакальный синдром, характеризуется триадой симптомов, но противоположной направленности:

– *стойкое снижение настроения* (гипотимия);
– *идеаторное (мыслительное) торможение* (брадипсихия, брадифрения);
– *двигательно-волевая заторможенность* (гипобулия).

Когнитивная сфера. Нарушения когнитивной деятельности связаны с нарушением динамики психических процессов, но в отличие от маниакального варианта они проявляются в замедлении темпа, снижении количества и качества речевой и мыслительной продукции. Так, при диагностике *восприятия* отмечается сужение его объёма.

Внимание отличается снижением показателей: объёма, концентрации, устойчивости, переключения на фоне общего понижения психической активности и быстрого истощения. Зачастую отмечается сосредоточенность на тягостных переживаниях.

Память. Характерным нарушением является сужение объёма оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти. Наблюдается затруднение в запоминании материала под влиянием предшествующей деятельности (проактивное торможение), а также ослабевает произвольное воспроизведение. Относительно сохранными остаются смысловое запоминание и долговременная память.

*Мышлени*е отличается общим снижением мыслительной активности, заторможенностью, бедностью и шаблонностью ассоциаций. Зачастую обнаруживается негрубое понижение уровня обобщения. При позитивной эмоциональной поддержке экспериментатора пациенты демонстрируют сохранность понятийного аппарата и логику мышления. Однако чаще отмечается инертность и стереотипность мышления, склонность к

персеверациям. На фоне общего снижения активности мыслительная деятельность малопродуктивна, наблюдается ослабление критичности мышления. Вместе с тем целенаправленность суждений и умозаключений не страдает, сохраняется и критика к результатам своей деятельности.

В процессе патопсихологического исследования прослеживается замедленность во всех актах психической деятельности. Требуется больше времени на выполнение каждого задания, трудности возникают при переключении больного с одной задачи на другую, при этом он неспособен сосредоточиться на новом задании.

Речь устная скупая, ответы односложные, отмечается замедление темпа, низкая спонтанность речевой активности. Голос тихий, глухой, монотонный. Характерна непродуктивность или малая продуктивность в диалоге.

Речь письменная отличается склонностью к микрографии, встречается и некоторое понижение её продуктивности.

Эмоциональная сфера. Снижение настроения может иметь разнообразные проявления – от чувства скуки, грусти, лёгкой утомляемости, подавленности до чувства угнетённости с тревожностью или мрачной угрюмостью. Нередко больные жалуются на физическую усталость, чрезмерную утомляемость, безволие. Тоска становится ведущим фоном настроения. Радостные события не находят отклика. Наблюдается низкая экспрессивность эмоциональных реакций, стремление к уединению, отчуждённость. При неглубокой психомоторной заторможенности может развиться «чувство бесчувствия» (утрата аффективного ответа), заключающееся в понижении возможности реагировать на ситуацию и внешние явления. Больные становятся эмоционально холодными, бесчувственными, неспособными к сопереживанию.

Мотивационно-волевая сфера. Наблюдается общее ослабление мотивации, отсутствие побуждений к какой-либо целенаправленной деятельности (гипобулия), снижение двигательной активности, приоритет базовых потребностей (пища, секс, самосохранение). Зачастую отмечается угнетение чувства самосохранения, проявляющееся либо в суицидальных попытках, либо в аутоагрессии (нанесение себе травм, увечий). Также имеет место занижение самооценки, своих способностей и социальной ценности. В ряде случаев проявляются деперсонализационные расстройства, которые могут быть более глубокими, например, с ощущением значительного изменения своего «Я» и всего склада личности. Также могут наблюдаться явления дереализации (в сознании больного мир теряет краски, становится тусклым).

Внешний вид и поведение. Для больных характерна подавленность, скорбная мимика – заторможенная (гипомимия) или полностью застывшая (амимия). При преобладании психомоторной заторможенности движения больных замедленны, взгляд потухший, безжизненный, устремлён в пространство, слезы отсутствуют. В тяжёлых случаях отмечается полная обездвиженность, оцепенение (депрессивный ступор) – ступорозная депрессия. Психомоторное торможение в комбинации с внутренним беспокойством и тревогой переходит иногда в ажитацию, в такие моменты возможны суицидальные попытки.

В эксперименте работоспособность очень низкая вследствие выраженной истощаемости и замедленного темпа психических процессов. Рабочая мотивация отсутствует, к выполнению экспериментальных заданий больные подходят формально.

Отмечается адекватное усвоение и удерживание инструкций, при этом реакция на ошибки в форме самобичевания.

Психические расстройства, при которых встречается данный патопсихологический синдром: депрессии различной этиологии, за исключением невротических депрессий [129].

7.4. Олигофренический синдром

Олигофрения (врождённое слабоумие) – это стойкое непрогредиентное заболевание, обусловленное дизонтогенией головного мозга и проявляющееся в интеллектуальной недостаточности, затрудняющей социальную адаптацию. Характерным признаком олигофренического синдрома является недоразвитие всей познавательной деятельности и особенно мышления.

Когнитивная сфера. *Восприятие* характеризуется замедленным темпом и сужением объёма. Восприятие целостного образа нарушено вследствие дискретной перцепции отдельных частей наблюдаемого объекта или прослушанного текста, смысл которого полностью не улавливается. Особенно страдает наиболее сложный уровень восприятия, связанный с дифференциацией перцептивной информации, это обнаруживается тогда, когда больные путают графически сходные образы, буквы, цифры, сходные по звучанию звуки, слова. Отмечаются нарушения восприятия пространства и времени.

Внимание характеризуется нарушением всех его свойств: сужение объёма, неустойчивость, низкая концентрация, трудность распределения и переключения. В большей степени страдает произвольное внимание, в меньшей степени – непроизвольное. Быстрая истощаемость обуславливает трудности сосредоточения на заданиях, требующих длительного умственного напряжения (корректурные пробы, таблицы Шульте).

Память отличается малым объёмом, малой точностью и прочностью запоминаемого вербального и образного материала. В большинстве случаев отмечается нарушение целенаправленности заучивания и воспроизведения. Непосредственная память значительно лучше развита, чем опосредованная. При олигофрении перестройка процесса запоминания, включение в него интеллектуальной операции сопровождаются снижением результатов по сравнению с непосредственным запоминанием. Больные часто вместо заданного слова называют конкретный предмет, изображённый на карточке (методика пиктограмм). Рассогласование результатов между непосредственным и опосредованным запоминанием является характерным показателем степени выраженности олигофрении.

Мышление характеризуется нарушением его операциональной стороны (низкий уровень обобщения), нарушением динамики (тугоподвижность, инертность), нарушением мотивационного компонента (персеверации), нарушением критичности. Доминирует конкретное мышление, а абстрактное мышление не развивается вследствие непонимания причинно-следственных связей между предметами и явлениями. Слабость логического мышления обусловлена нарушением операций анализа и синтеза. При анализе возникают проблемы с выделением существенных свойств предметов и их связей, что в свою очередь затрудняет процесс синтеза (обобщения) и обуславливает скудность категориального аппарата. При сравнении отдельных предметов выхватываются поверхностные внешние признаки, а существенные игнорируются. Неспособность к выделению существенных

признаков обусловлена трудностью абстрагирования от конкретной ситуации. В результате выполнение заданий по типу «классификации предметов», «построение аналогий», «установление отношений» становится невозможным. Развитие способностей и компенсирующих возможностей ограничено.

Также отмечается отсутствие критики к результатам деятельности и слабость регулирующей функции мышления, которая обнаруживается в отсутствии плана действий, в нарушении целенаправленности и слабом самоконтроле.

Речь устная отличается общим недоразвитием: скудность активного и пассивного словаря, упрощённость построения фраз, аграмматизмы, косноязычие, нарушение дифференциации звуков, искажение сложных слов при произношении. Слово часто является не понятием, а названием конкретных объектов.

В речи письменной наблюдаются различные расстройства письма (аграфия, дисграфия), проблематичность звукобуквенного анализа и синтеза обуславливает трудности овладения и техникой чтения (дислексия).

Эмоциональная сфера отличается незрелостью, отсутствием или недостаточностью эмоциональных реакций на окружающее, ограниченностью диапазона переживаний, малой дифференцированностью оттенков чувств. Проявление элементарных эмоций (радость, огорчение) носит конкретный характер, обусловленный удовлетворением физических потребностей. Недоступны высшие эмоции: сострадание, сочувствие, эстетические и нравственные чувства.

Мотивационно-волевая сфера характеризуется низким уровнем мотивационной активности, слабым разнообразием и неустойчивостью мотивов. Интересы и мотивы поведения примитивны, доминируют элементарные витальные потребности (сон, пища, половое влечение). Вследствие слабости функции самоконтроля с годами их побудительная сила увеличивается. Волевая регуляция не формируется, что отражается в слабости собственных намерений и усилий. Отсутствует гибкость поведения, в основном это стереотипные, шаблонные поведенческие паттерны. Самосознание характеризуется высокой внушаемостью, отсутствием критичности к своим и чужим поступкам, отсутствием прогнозирования последствий поступков, неадекватной самооценкой и неадекватным уровнем притязаний (О.А. Федосеева, 2013).

Внешний вид и поведение. Внешний вид отличается различными физиологическими дефектами: диспропорциональность телосложения (форма черепа – микроцефалия или гидроцефалия, короткие конечности). Выражение лица тупое с малозначительной мимической экспрессией, рот полуоткрыт. Движения неловкие, угловатые, нескоординированные. Расстройства поведения проявляется в повышенной аффективной возбудимости, импульсивности, суетливости, нецеленаправленном двигательном беспокойстве, отсутствии самоконтроля.

Работоспособность в эксперименте низкая, отмечается быстрая истощаемость и низкий темп психических процессов. Рабочий мотив не формируется, доминирует подражательство. В течение выполнения заданий часто наблюдается нарушение целенаправленности деятельности, уход от правильно начатого выполнения действий. При этом происходит соскальзывание на действия, производимые ранее, без учёта изменений проблемной ситуации. Такое нарушение целенаправленности наблюдается при

возникновении трудностей, а также в тех случаях, когда ведущими являются ближайшие мотивы деятельности.

Психические расстройства, при которых встречается данный патопсихологический синдром: дифференцированные и недифференцированные формы олигофрении [129].

7.5. Органический синдром

Впервые полное клиническое описание органического синдрома представил Э. Блейлер (1921), давший ему название «органический симптомокомплекс». В дальнейшем в психиатрии для определения различной степени и глубины органических изменений личности стали использовать термин «психоорганический синдром», который наиболее полно отражает все многообразие встречающихся нарушений и позволяет по совокупности расстройств оценить их характер и выраженность. Психоорганический синдром характеризуется следующей триадой признаков:

– *ослабление памяти;*
– *снижение интеллекта;*
– *нарушение аффектов (триада Вальтер-Бюэля)* [20].

В своей классификации С.Л. Соловьёва, опираясь на точку зрения В.М. Блейхера, И.В. Крука, С.Н. Бокова, разделяет органический синдром на два варианта: *экзогенно-органический*, *эндогенно-органический.*

7.5.1.Экзогенно-органический синдром

Клиническая картина экзогенно-органического патопсихологического синдрома в зависимости от характера и масштаба поражения рассматривается С.Л. Соловьёвой в двух вариантах:

– *лабильный* (наблюдается при травматических или негрубых инфекционных поражениях головного мозга в период декомпенсации);
– *ригидный* (наблюдается при цереброваскулярной патологии (атеросклероз)).

Когнитивная сфера. *Восприятие* характеризуется сужением объёма.

Внимание при лабильном варианте экзогенно-органического синдрома отличается сужением объёма, колебанием его активности и устойчивости. При ригидном варианте, наряду со снижением показателя объёма, отмечается также нарушение концентрации, переключаемости и высокая истощаемость.

Память. Нарушения мнестической деятельности в разной степени отражаются на запечатлении, ретенции (удержании) и репродукции (воспроизведении). С наибольшим постоянством выявляется дисмнезия (нарушение удержания и сохранения информации о текущих событиях). В некоторых случаях наблюдается доминирование механического запоминания над смысловым. Нередко наблюдаются амнезии (в первую очередь фиксационная и прогрессирующая), мозаичность воспроизведения и конфабуляции.

Мышление характеризуется замедлением темпа образования ассоциаций в сочетании с общим снижением мыслительной активности, характерна также шаблонность или стереотипность ассоциаций. Нарушения отмечаются на всех уровнях мыслительных



операций (анализ, синтез, абстрагирование, обобщение и др.), особенно при работе с новым материалом. Динамические характеристики мышления ригидного варианта экзогенно-органического синдрома отличаются замедленным темпом, инертностью мышления. Для лабильного варианта характерна импульсивность и лабильность мыслительных и волевых актов, неравномерность умственной работоспособности при общей тенденции к постепенному истощению. Слабость мотивационного компонента, выражающаяся в нарушении целенаправленности и контроля мышления, может проявляться при обоих вариантах экзогенно-органического синдрома. Также типичным для обоих вариантов является нарушение критичности мышления.

Речь устная обеднённая (низкая смысловая насыщенность), часто изобилует словесными шаблонами. Характерным является нарушение грамматики и многочисленные персеверации.

Речь письменная отличается нарушением каллиграфии (размашисто-крупный и неровный почерк), нарушением грамматики и орфографии, часто встречаются персеверации отдельных слов или фраз. При рисовании наблюдается увеличение размеров отдельных деталей, неровные и разорванные контуры, персеверации отдельных деталей.

Эмоциональная сфера характеризуется обеднением эмоций, выраженной инертностью аффективных реакций. При этом эмоциональный ответ на внешний раздражитель может иметь адекватный характер. В отдельных случаях наблюдается эмоциональная лабильность и быстрая истощаемость. Достаточно типичным является нивелирование высших эмоций.

Мотивационно-волевая сфера. Отмечается нарушение структуры и иерархии мотивов с выраженным преобладанием витальных потребностей и примитивных мотивов. Также наличествует ослабление инициативы (быстрая истощаемость), стереотипизация деятельности, инактивность, сужение круга интересов, эгоизм, снижение критики. Зачастую проявляется актуализация агрессивных побуждений. Наблюдается низкое мотивационное опосредование, нарушение целеполагания при выполнении какой-либо деятельности.

Внешний вид и поведение. Характерна слабая мимическая экспрессия, усиление моторной активности и пантомимики. Низкая работоспособность в эксперименте обусловлена слабым темпом и быстрой истощаемостью психических процессов. Помощь и подсказки принимаются, но используются ограниченно в зависимости от степени интеллектуального дефекта. Типичны отказы в отношении более сложных заданий. Реакция на фрустрационную ситуацию в эксперименте у больных выражена в форме гнева на внешние условия, ситуацию и т.п.

Виды нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический синдром – это широкий круг органических заболеваний головного мозга (травматического, интоксикационного, сосудистого, опухолевого, метаболического, эндокринного, паразитарного генеза) [165].

7.5.2. Эндогенно-органический синдром (эпилептоидная форма)

Эндогенно-органическому синдрому в клинике соответствуют: эпилепсия, психические расстройства при первичных дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга.

Эпилепсия – хроническое эндогенно-органическое прогредиентное заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте, проявляющееся пароксизмальной симптоматикой и характерными изменениями личности с нарастающей торпидностью психических процессов и взрывчатостью, приводящее некоторых больных к специфическому (концентрическому) слабоумию (Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин, 2002).

Именно психические нарушения, связанные с изменениями личности, отмечает В.Д. Менделевич, представляют интерес для клинической психологии. В основном это нарушения различных сфер познавательной деятельности вплоть до эпилептической деменции, которые затрагивают функциональность мыслительных процессов и эмоций. В патопсихологическом обследовании больных эпилепсией обнаруживаются характерные изменения внимания, памяти, восприятия и ощущений, но они рассматриваются в качестве частых симптомов в клинической картине заболевания и не считаются диагностически значимыми в плане оценки тяжести психических изменений (В.Д. Менделевич, 2008).

Все формы эпилепсии по этиологии подразделяют на идиопатические, симптоматические и криптогенные.

Этиология *идиопатической (генуинной) формы* обусловлена влиянием генетического фактора (диффузная нестабильность мембран нейронов). Для данной формы эпилепсии характерны: нормальный интеллект, отсутствие очаговых симптомов и структурных изменений головного мозга (А.С. Петрухин, 2012) [137]. Этиология *симптоматической формы* эпилепсии непосредственно связана с органическим поражением головного мозга: опухоль, кисты, глиальные рубцы, аномалии мозга и аневризмы. Самой распространённой формой эпилепсии является *криптогенная эпилепсия,* однако её этиология и патогенез до настоящего времени недостаточно изучены.

Клиническими признаками эпилепсии являются: припадки, транзиторные психические расстройства, хронические эпилептоидные психозы, изменения личности и интеллекта. При патопсихологическом обследовании больных эпилепсией обнаруживаются характерные изменения мышления, речи, памяти, личностных особенностей. Уже в начальной стадии эпилепсии отмечается снижение темпа и инертность психических процессов, наряду с явлениями общей брадикинезии с разной степенью выраженности.

Когнитивная сфера. *Восприятие* носит детализирующий характер, восприятие целостного образа затруднено. Сам процесс представляет собой замедленный цикл – от симультанного (одновременного) восприятия к замедленному сукцессивному (последовательному) и возврат к симультанному для синтеза всего воспринятого (В.М. Коган, Э.А. Коробкова, 1967).

Внимание характеризуется сужением объёма и значительным снижением показателей распределения и переключения. Так, при выполнении задания по методике «Таблицы Шульте» отмечается замедление темпа (брадикардия) при этом наибольшее затруднение вызывает задание по методике «Таблица Горбова-Шульте», время на выполнения одной пробы увеличивается до 1,5-2 минут и более, вместе с тем быстрая истощаемость внимания не наблюдается. Также отмечается повышенная сосредоточенность на эмоционально-значимых деталях.

Память при идиопатической форме грубых нарушений не имеет. В основном мнестические нарушения касаются текущих событий. Типична постоянная забывчивость и трудность запоминания нового материала. При симптоматической и криптогенной форме

эпилепсии память страдает в большей степени (Matthews, Klove, 1967). Отмечается сужение объёма непосредственной памяти, повышенная тормозимость следов памяти интерферирующими воздействиями (проактивное торможение выражено сильнее, чем ретроактивное), смешивание стимулов, снижение прочности следов в слухоречевой памяти в условиях длительной паузы, трудности удержания пространственных характеристик стимула (Т.Ю. Гогберашвили, Ю.В. Микадзе, 2008). При выполнении задания на запоминание 10-ти слов отмечается низкая продуктивность первого воспроизведения, отсутствие нарастания при повторных пробах (плато). Опосредованная память (методика пиктограмм) не повышает кривой запоминания, более того, показатели становятся ниже вследствие чрезмерной фиксации на деталях рисунков и утрате цели задания.

Мышление и интеллект при идиопатической форме эпилепсии характеризуется несколько замедленным темпом при сохранности общей продуктивности. При симптоматической и криптогенной форме эпилепсии мышление отличается чрезмерной обстоятельностью, детализацией суждений, вязкостью, тугоподвижностью (брадифрения). Нарушение аналитико-синтетической деятельности обнаруживается при выполнении заданий на классификацию. Отмечается снижение уровня обобщения, выделение конкретно-ситуационных или эмоционально-значимых признаков. Нарушение динамики мышления проявляется в замедлении темпа, инертности, ригидности, вязкости мышления в сочетании с аффективной напряжённостью, склонностью к излишней детализации. Трудности возникают в понимании переносного смысла пословиц и метафор. Нарушение мотивационного компонента мыслительного процесса проявляется в утрате целенаправленности суждений, в резонёрстве, которое часто возникает по личностно-значимым причинам. Резонёрство, как правило, носит нравоучительный характер и содержит неглубокие, поверхностные и бедные по содержанию суждения. Нарушения критичности мышления проявляются в отрицании своего дефекта, игнорировании реального положения дел [18].

Речь устная характеризуется изменением темпа, может возникать ускорение речи (логорея), но чаще речь замедленная (олигофазия), при этом происходит постоянный возврат к уже сказанному с чрезмерной обстоятельностью и дополнительной детализацией. Возможны обрывы речи вследствие амнестической афазии. При эпилепсии часто наблюдается использование в речи уменьшительно-ласкательных суффиксов (сусальность), она насыщена витиеватыми банальными выражениями в патетическом стиле.

Речь письменная отличается аккуратностью, педантичностью, каллиграфическим почерком. Часто встречается персеверации отдельных слов и фраз.

Эмоциональная сфера. Эмоциональные нарушения при идиопатической форме чаще всего связаны с тяжёлым переживанием своей болезни. На этом фоне проявляется повышенная чувствительность (особенно к негативным эмоциям и настроению окружающих), чрезмерная ранимость, выраженное чувство своей неполноценности со стремлением к компенсации. Порицания и неудачи болезненно переживаются, при этом аффект напряжённый, вязкий (негативные эмоции длительно переживаются), вместе с тем контроль над отрицательными аффектами сохраняется. Отмечается повышенная тревожность, страх за своё состояние здоровья [80, 174].

При симптоматической и криптогенной форме эпилепсии наблюдаются эмоциональная ригидность (застревание) на негативных эмоциях (злость, ненависть, обида и т.п.), отмечается склонность к накоплению аффекта, что в сочетании с нарушением волевого

контроля может проявляться в периодических эксплозивных разрядках, вспышках гнева (дисфорические эпизоды).

При всех формах эпилепсии типично переживание чувства обиды и злопамятность по отношению к конкретным лицам и фрустрирующим ситуациям, а также переживание чувства ревности. Характерным является проявление двуличия – демонстрация доброжелательности, угодливости при внутренней фиксации на негативных аффектах и чувстве мести.

Мотивационно-волевая сфера. При идиопатической форме сохраняется высокий уровень мотивационной активности, целенаправленности, работоспособности. Отмечается устойчивость в работе, стремление довести работу до конца, тщательность, аккуратность, развитое чувство долга и высокая степень ответственности. Тем не менее отмечается застревание и сложность переключения с одного вила деятельности на другой, особенно в условиях незавершённости начатого дела.

При симптоматической и криптогенной форме эпилепсии спонтанный уровень мотивационной активности тоже высокий. При этом наблюдается механизм «сдвига мотива на цель», который ведёт к сужению деятельности, сосредоточению её на отдельных деталях (Б.С. Братусь, 1988). Вследствие такого сдвига познавательная активность падает, скудеют интересы и потребности. Деятельность становится чрезвычайно мало опосредствованной. Она лишена гибкости, стереотипна, жёстко закреплена на одних и тех же способах действия.

Изменения личности проявляются в патологической педантичности, что порождает придирчивость к окружающим и стремление всех поучать. Ханжество и угодливость вместе со злобностью, злопамятностью порождают агрессивность и жестокость. В мотивационной сфере преобладает эгоцентризм, завышенная самооценка, неадекватность многих личностных притязаний в отношении к миру, к другим людям и к самому себе. Отмечаются тенденции к самоутверждению, достижению успеха, одобрению и вниманию со стороны окружающих, в совокупности с чрезмерностью, упорством и нетерпеливостью (С.А. Ведехина, 2008).

Экспериментально-психологические данные свидетельствуют об усугубляющихся с течением болезни нарушениях самооценки больных, проявляющихся в нарастании неадекватности соотношения уровня притязаний уровню реальных возможностей. По мере огрубения психического дефекта снижается критичность, повышается недооценка негативных жизненных факторов, усиливается преобладание экстрапунитивных реакций (С.Л. Соловьёва, 2004).

Внешний вид и поведение. Лицо больных эпилепсией малоподвижно, маловыразительно, отмечается сдержанность в жестах. В поведении проявляется склонность к порядку, а во внешнем виде – к аккуратности. В ходе эксперимента отмечается невысокий темп работы, застревание на деталях. В мотиве работы прослеживается стремление соответствовать ожиданиям экспериментатора. Помощь и подсказка принимаются, но используются ограниченно, в зависимости от степени интеллектуального дефекта. Отмечается чрезмерная чувствительность к оценке и замечаниям экспериментатора, зачастую больные высказывают благодарность за исследование.

Виды нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический синдром – генуинная, симптоматическая и криптогенная эпилепсия, эпилептоидная психопатия [165].

7.5.3. Эндогенно- органический синдром (дегенеративная форма)

Психические расстройства при первичных атрофических процессах характеризуются медленным, прогредиентным течением, переходящим в хроническую форму, при этом сам процесс необратим. Начало болезни проявляется в слабовыраженных когнитивных и личностных изменениях, которые постепенно нарастают, достигая стадии полного распада всех психических процессов, включая нарушения высших корковых и подкорковых функций. Однако атрофические процессы головного мозга не всегда приводят к неизбежному слабоумию, а потому в клинике различают две группы заболеваний (Е.В. Гейслер, А.А. Дроздов, 2007):

– *атрофия альцгеймеровского типа* (с нарастанием слабоумия);
– *системные атрофии* (необязательно влекущие наступление слабоумия).

Наибольший интерес для клинической психологии представляет первая группа, у которой обнаруживается достаточно обширный комплекс нейропсихологических и патопсихологических симптомов. В эту группу входят сосудистые деменции, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, болезнь Паркинсона и др.

Психические нарушения при первичных атрофических процессах головного мозга изначально затрагивают когнитивную (общее снижение продуктивности психической деятельности) и аффективную сферу больного (депрессия, ипохондрия, замкнутость, скудность аффектов). В дальнейшем, по мере прогрессирования болезни, нарушения возникают в мотивационно-волевой (снижение активности, бедность мотивов) и личностной сфере больного.

Когнитивная сфера. *Восприятие* характеризуется сужением объёма, нарушением восприятия целостного образа. При дискретном восприятии возникают ошибки, провоцирующие иллюзии. Вследствие атрофических процессов коры головного мозга возникают различные агнозии.

Внимание характеризуется повышенной истощаемостью, сужением объёма, крайней неустойчивостью, сверхнизким уровнем концентрации, проблематичностью распределения и переключения. Больные утрачивают способность реагировать на несколько стимулов одновременно, переключать внимание с одного объекта на другой. Типичными проявлениями являются: патологическая рассеянность, повышенная отвлекаемость, быстрое истощение. Отмечается снижение работоспособности, проявляющееся в неравномерности темпа и продуктивности деятельности, удлинении латентного периода врабатываемости, невозможности сосредоточения.

Память. При дегенеративных процессах головного мозга страдают в первую очередь мнестические функции, их нарушения отражаются на всей психической деятельности больных. В первой стадии болезни Альцгеймера данные патопсихологического исследования мало отличаются от данных при сенильной деменции, характерны нарушения как механической, так и смысловой памяти. По данным В.М. Блейхера, при выполнении задания на запоминание 10-ти слов кривая носит характер плато, после каждого повторения больные воспроизводят не более 2-х слов из прочитанного списка. Ярким клиническим феноменом выступает фиксационная амнезия, при которой нарушения памяти следует закону Рибо.

В ряде случаев отмечаются и умеренно выраженные, не очень стойкие конфабуляции. При болезни Пика расстройства памяти появляются значительно позже, чем изменения личности, и не столь грубо выражены, как при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.



При сосудистой деменции расстройства памяти проявляются в форме гипомнезии. Изменения нарастают медленно, на заключительном этапе болезни возможно формирование фиксационной амнезии и корсаковского синдрома. Деменция при болезни Паркинсона строится по альцгеймеровскому типу, но нарушения памяти проявляются в более тяжёлой форме (Е.В. Гейслер, А.А. Дроздов, 2007).

Мышление при атрофии мозга характеризуется постепенным распадом всех мыслительных операций. Отмечается быстрая утомляемость, слабость, истощаемость психических процессов. Обобщение осуществляется на основе случайных признаков, суждения больных поверхностны. Одним из признаков снижения уровня суждений и умозаключений является нарушение критичности мышления. Также отмечается снижение мотивационного компонента мышления: целенаправленности и контроля. Мышление становится консервативным, односторонним, в различной степени ухудшается способность к приобретению новых знаний, снижается объем и качество знаний, полученных в прошлом (В.Д. Менделевич, 2008).

Речь устная в зависимости от нозологической формы нарушается по-разному. В начальной стадии болезни Альцгеймера характерны затруднения и ошибки в произнесении слов в сочетании с неуверенной и дрожащей интонацией. В дальнейшем проявляется семантическая афазия. Больные не понимают сложные логико-грамматические конструкции. При болезни Пика речь постепенно оскудевает, наступает полная речевая аспонтанность. Наблюдается нарастающая эхолалия иногда в сочетании с эхопраксией. Типичными считаются так называемые «стоячие обороты» (стереотипно повторяемые слова, обрывки фраз). При сосудистой деменции речь не нарушена, но на фоне усугубления заболевания она постепенно становится все более бессвязной, лишённой смысла, аграмматичной. Наблюдаются вербигерации, эхолалии и амнестически-афатические выпадения [167].

Речь письменная, так же как и устная, при разных видах деменции нарушается по-разному. При болезни Альцгеймера на начальной стадии нарушается письменное воспроизведение текста под диктовку (аграфия). При болезни Пика аграфия возникает на поздних стадиях заболевания. При сосудистой деменции почерк изменён «сенильным тремором».

Эмоциональная сфера. На начальной стадии болезни Альцгеймера отмечается слезливо-раздражительное или депрессивное настроение. В отдельных случаях проявляется повышенная возбудимость, ворчливость, обидчивость и конфликтность. Вместе с тем больные общительны, сохраняют живость, темп и выразительность эмоций. На начальной стадии болезни Пика наблюдается благодушно-эйфорическое настроение с доминированием положительных эмоций (радость, удовольствие и т.п.). На начальной стадии сосудистой деменции характерна либо угрюмая подавленность с оттенком отрешённости, либо слабодушие с утрированной сентиментальностью, слезливостью и выраженной эмоциональной лабильностью. На фоне постепенного распада психической деятельности вне зависимости от нозологической формы наблюдается полное аффективное опустошение и эмоциональное выхолащивание.

Мотивационно-волевая сфера. На начальной стадии болезни Альцгеймера отмечается снижение мотивации умственной деятельности. При этом личностная целостность сохраняется («ядро личности»), больной может осознавать своё положение, адекватно реагировать, но при этом критика значительно снижена. На начальной стадии

болезни Пика отмечается расстройство воли (пассивность), расторможенность влечений, утрата нравственных установок, проявляющаяся в грубости, наглости, бесстыдстве. Наблюдается полное отсутствие критики к своему состоянию и поведению (распад «ядра личности»). Поведение чаще характеризуется пассивностью, аспонтанностью. На начальной стадии сосудистой деменции отмечается снижение мотивации к умственной деятельности, огрубение личности (заострение акцентуированных черт). Вместе с тем сохраняется критическое отношение к своему состоянию, актуальным остаётся и стремление к компенсации дефекта. В результате постепенного распада психики все в большей степени нивелируются индивидуальные свойства, сужаются интересы и потребности, нарастает эгоцентризм, подозрительность, злобность, бестактность. Выхолащиваются высшие ценности и нравственные установки, редуцируются потребности до простейших базовых. Больные становятся неопрятными, безразличными ко всему, что происходит вокруг, ведут чисто вегетативный образ жизни.

На начальной стадии болезни Альцгеймера изменения личности малозаметны, при болезни Пика расстройство самосознания отчётливо выражено с самого начала заболевания, при сосудистой деменции чаще всего наблюдается заострение личностных черт без разрушения «ядра личности».

Обобщённые клинические признаки нарушения психической деятельности при первичных атрофических процессах головного мозга, представлены в таблице 12.

Таблица 12

Клинические признаки нарушения психической деятельности при первичных атрофических процессах головного мозга

Признаки	Болезнь Альцгеймера	Болезнь Пика	Сосудистая деменция
Нарушения памяти	Прогрессирующая амнезия с самого начала заболевания	В начале заболевания не выражены	При безынсультном течении нарастают медленно, носят характер гипомнезии
Речь	Амнестическая афазия, дизартрия, нередко персеверации	Стоячие речевые обороты	При безынсультном течении не нарушена
Способность к счету и письму	Нарушается в самом начале заболевания (повторы и пропуски букв)	Могут длительное время сохраняться автоматические навыки	Изменение почерка без грубых орфографических ошибок
Праксис	Апраксия на раннем этапе течения болезни	Длительное время сохранны привычные действия и простейшие операции	При безынсультном течении болезни праксис страдает минимально
Эмоционально-волевые нарушения	Благодушие и общительность в начале болезни и полное безразличие впоследствии	Пассивность или расторможенность влечений, грубость, отсутствие чувства стыда	Слабодушие и эмоциональная лабильность
Изменения личности	Малозаметные в начале болезни, в дальнейшем – распад личности	Отчётливо выражены с самого начала болезни	Заострение личностных черт без разрушения «ядра личности»
Наличие критики	Формальное признание своих «ошибок» в начале болезни и отсутствие критики в последующем	Полное отсутствие критики	Критическое отношение к болезни, переживание своей беспомощности, стремление к компенсации дефекта

Признаки	Болезнь Альцгеймера	Болезнь Пика	Сосудистая деменция
Продуктивная симптоматика	Бредовые идеи ущерба или преследования в инициальном периоде болезни	Нехарактерна	Возникает остро на фоне нарушения мозгового кровотока, нередко помрачение сознания

Психические расстройства, при которых встречается дегенеративный вариант эндогенно-органического патопсихологического синдрома: различные дегенеративно-атрофические психические заболевания, психические расстройства, обусловленные сосудистыми заболеваниями головного мозга.

7.6. Личностно-аномальный синдром

Аномальная личность – это личность, психологические характеристики которой резко отличаются от гипотетического представления личности в категории нормы. Из всего объёма понятия «аномальная личность» следует выделить психопатические личности. По мнению К. Шнайдера, психопатическая (аномальная) личность от природы не патологична, это лишь потенциальные вариации предрасположения, с возможностью существенного изменения в результате развития и влияния внешних условий (К. Шнайдер, 1999).

Б.С. Братусь отмечает: «аномальным, отклоняющимся от нормального является такого рода развитие, которое ведёт человека к отъединению, отрыву от его всеобщей родовой сущности» [22, с. 51].

Патопсихологические признаки нарушений психической деятельности при расстройствах личности ярче всего обнаруживается в состоянии выраженной декомпенсации. Г.Н. Носачев, В.С. Баранов (2004) предложили рассматривать два варианта личностно-аномального патопсихологического синдрома:

– *возбудимый* (диссоциальное личностное расстройство, эмоционально неустойчивое расстройство личности);
– *торпидный* (обсессивно-компульсивное расстройство личности, астеническое расстройство личности).

7.6.1. Возбудимый вариант

Когнитивная сфера. *Восприятие, внимание* и *память* обычно не страдают или их нарушения не связаны со структурой синдрома.

Воображение. Возможная проекция установок (например, агрессивных, садистических). Достаточная реалистичность воображения, может быть повышена его оригинальность.

Мышление характеризуется в основном значительными колебаниями продуктивности при общей сохранности категориального строя и динамики. Также характерным является чрезмерная импульсивность и аффективная обусловленность мыслительной деятельности. Отмечается нарушение обобщения, обусловленное фиксацией на поверхностных или личностно-значимых признаках. Такое нарушение при сохранном интеллекте



свидетельствует о возможной проекции личностных переживаний испытуемого. Вместе с тем обнаруживается нарушение критичности мышления.

Речь хорошо интонированная, сопровождается чаще всего активной мимикой и жестикуляцией. Отмечается частое использование в разговорной речи ненормативной (жаргонной) лексики.

Эмоциональная сфера характеризуется повышенной раздражительностью, эксплазивностью, склонностью к бурным проявлениям аффектов в ответ на малозначительные поводы или в отсутствии таковых (латентные причины). При этом отмечается крайне низкая способность выдерживать фрустрацию, а также низкий порог эмоционального ответа, как правило, агрессивного характера. Наблюдаются колебания аффективного фона с доминированием негативных эмоций (гнев, ярость, злоба), вязкость аффективных реакций, нарушение или снижение волевого контроля над эмоциями и ослабление этического контроля. Зачастую отмечается проявления бессердечного и равнодушного отношения к чувствам других.

Мотивационно-волевая сфера. Отмечается деформация иерархии мотивов с доминированием низших мотивов (эгоизм, стремление к удовольствию, к собственной выгоде и к превосходству). Высшие мотивы игнорируются, характерна грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами. Ярко проявляется потребность конфликтовать с окружающими, доминировать над ними (нарушение дистанции, провокационные вопросы и высказывания испытуемого и т.п.). При этом отмечается нестабильный, завышенный уровень притязаний и завышенная самооценка, нарушение аффективного контроля и регуляции поведения.

Внешний вид и поведение. При проведении патопсихологического эксперимента отмечается формирование оппозиционно-негативистских и других отрицательных установок. Имеют место отказы от выполнения заданий. По отношению к экспериментатору наблюдается стремление к доминированию. В рамках экспериментального исследования, в ходе клинико-психологической беседы, отмечается неадекватная категоричность, упорство в доказательстве своей правоты. Также в процессе клинической беседы наблюдается стремление к демонстрации своих положительных качеств и достоинств. Ярко выражена неадекватная личностная экстрапунитивная реакция на критику и замечания в отношении допущенных ошибок при выполнении заданий.

Виды нозологических форм, при которых встречается возбудимый вариант личностно-аномального патопсихологического синдрома: расстройства личности (диссоциальное, эмоционально неустойчивое), ремиссии и дисгармонические изменения личности при шизофрении, органические поражения головного мозга [129].

7.6.2. Торпидный вариант

Когнитивная сфера. *Восприятие, внимание* и *память* не имеют явных нарушений.

Мышление характеризуется сохранностью всех мыслительных операций и динамических характеристик. Отмечается некоторая замедленность мыслительных процессов, застревание, незначительные колебания продуктивности и нарушение обобщения на основе выделения несущественных или личностно-значимых признаков, возможно связанных с личностным переживанием.

Речь устная сформирована, достаточно грамотная, несколько тихая и замедленная. Отмечаются длительные паузы.

Эмоциональная сфера характеризуется повышенным уровнем чувствительности к внешним раздражителям, повышенной тревожностью, снижением порога возникновения эмоционального ответа. Прослеживается застревание на негативных эмоциях, эмоциональная лабильность, сверхчувствительность к замечаниям и критике.

Мотивационно-волевая сфера отличается преобладающим мотивом деятельности – избегание неуспеха. Система ценностей не сформирована. В силу неуверенности и повышенной тревожности самооценка неустойчива с тенденцией к занижению. Произвольная волевая регуляция деятельности слабая. Стимулом для работы является похвала и одобрение, критика (преимущественно интрапунитивная) усиливает тревожность и снижает результаты.

Психические расстройства, при которых встречается торпидный вариант личностно-аномального синдрома: расстройства личности (обсессивно-компульсивное, астеническое), ремиссии и дисгармонические изменения личности (психопатоподобные состояния) при шизофрении, органические поражения головного мозга [129].

7.7. Психогенно-невротический синдром

В клинике психогенно-невротическому синдрому соответствуют неврозы и невротические реакции, которые рассматриваются как реактивные состояния (психогении).

Неврозы – это психогенные (как правило, конфликтогенные) нервно-психические расстройства личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии продуктивной симптоматики (галлюцинации, бред и т.п.) [70, с. 14].

Согласно учению И.П. Павлова, в основе невроза лежит срыв высшей нервной деятельности, который сопровождается болезненными нарушениями. К. Ясперс считал, что возникает невроз психогенно с преобладанием в клинической картине эмоциональных, соматовегетативных расстройств, истощаемости, раздражительной слабости, быстрой утомляемости при медленном «восстановлении сил».

Невроз, по мнению В.Н. Мясищева, это болезнь, возникающая вследствие конфликта человека с окружающей его действительностью, который нарушает социальные связи и приводит к изоляции. Возникает противоречие личности и действительности. «Невроз возникает только тогда, когда конфликт личности с действительностью не может быть переработан так, чтобы исчезло патогенное напряжение, чтобы был найден рациональный, продуктивный выход из возникшего положения» [124, с. 56]. При этом невроз в большинстве случаев сопровождается аффективным заострением черт характера.

Обобщая концептуальные представления своих предшественников, Б.Д. Карвасарский выделяет следующие характерные особенности неврозов:

– *обратимость патологических нарушений*, вне зависимости от их длительности (согласно И.П. Павлову, невроз может длиться годами);
  – *психогенная природа заболевания*, в которой прослеживается соотношение междумежду клиническими проявлениями невроза, спецификой системы

отношений, присущей личности больного, и патогенной конфликтной ситуацией (согласно В.Н. Мясищеву в возникновении и прекращении невроза обнаруживается прямая пропорциональная зависимость от динамики и разрешения конфликта);

– *доминирование эмоционально-аффективных и соматовегетативных нарушений* в клинической картине невроза.

В.М. Блейхер, И.В. Крук (1986) выделили несколько диагностических критериев неврозов (см. рис. 48).

Диагностические критерии неврозов

1. Наличие психогении (психотравмирующая ситуация индивидуально значима и тесно связана с дебютом и течением заболевания).
2. Наличие невротических особенностей личности и слабость психологической защиты (преморбидный фон).
3. Наличие типа невротического конфликта, соответствующего реакции.
4. Наличие симптомов, характеризующихся большой динамичностью и взаимосвязью с уровнем напряжения психологического конфликта.

Рис. 48. Диагностические критерии неврозов

В своё время В.А. Гиляровский (1942) отмечал, что суть невроза заключается в несоответствии между возможностями личности, и теми обязанностями, которые продиктованы определёнными социальными отношениями. Вместе с тем, по мнению автора, развитию неврозов способствует наличие некоторой врождённой предрасположенности или ослабление сопротивляемости организма вследствие каких-либо физических заболеваний (преморбид) [46].

На фоне взаимодействия психической травмы и особенностей структуры личности формируется ключевое звено патогенеза неврозов – интрапсихический невротический конфликт. Невротический конфликт по своей сути есть конфликт мотивационный, который имеет значительную устойчивость и силу, приводящую в результате к продуцированию болезненных симптомов. В отличие от реактивных психозов, отмечает С.Л. Соловьёва, при неврозах наличествует болезненная внутриличностная проработка психотравмы, она сопровождается комплексом эмоционально-поведенческих и соматовегетативных расстройств.

С другой стороны, невроз выполняет своего рода защитную функцию. «Вторичные выгоды» от болезни разнообразны, как отмечает О. Фенихель, «эго пытается из нужды сделать добродетель и использовать заболевание в своих целях. Предпринимаются попытки добиться преимуществ от внешнего мира провоцированием окружающих на жалость, внимание, любовь и даже денежную компенсацию. Эго может пытаться облегчить давление суперэго, демонстрируя, что симптом является наказанием, добиваясь наслаждения в

качестве компенсации за страдание, используя симптом, чтобы помочь защите от других побуждений» [181, с. 596].

В отечественной психиатрии выделяют три классические формы неврозов: астенический невроз (неврастения), истерический невроз (истерия) и невроз навязчивых состояний (см. рис. 49).

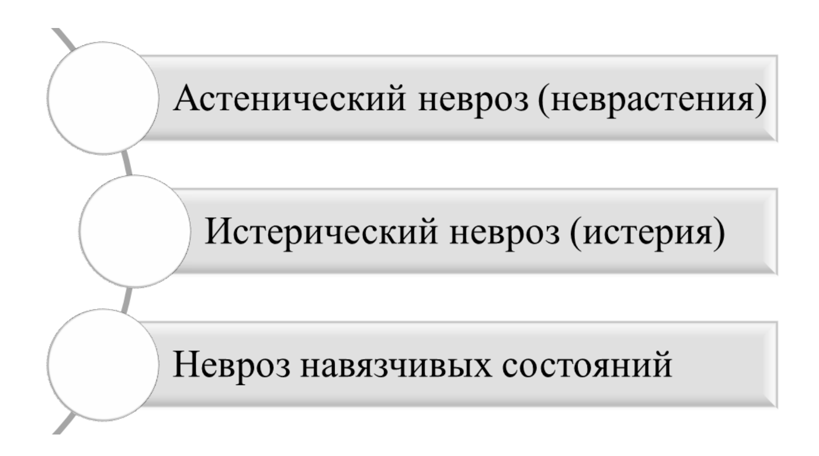


Рис. 49. Основные формы невроза

В Международной классификации болезней (МКБ-10) представленные классические формы неврозов относится к классу V категории – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-F48).

Астенический невроз (Неврастения) – это наиболее распространённая форма неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению.

Неврастенический конфликт представляет собой диссоциацию между требованиями личности к себе и невозможностью их реализовать.

Когнитивная сфера. Отмечается низкая познавательная активность, низкий уровень работоспособности, быстрая истощаемость психических процессов при сохранности интеллекта.

Внимание характеризуется снижением произвольности, низкой концентрацией, слабой устойчивостью, неспособностью длительного сосредоточения на выполении какой-либо деятельности. Наибольшие затруднения вызывают задания на переключение внмания (таблицы Шульте и др.).

Память. В основном мнестические нарушения связаны со снижением произвольного компонента, при этом уровень нарушения находится в прямой зависимости от степени астении. Так, больной может забыть слово, которое он только что произносил. При заучивании 10 слов многие нередко повторяют одно и то же слово несколько раз, не исправляя допущенную ошибку. Существенно страдает оперативная память, требующая умственного напряжения и сосредоточенности, увеличение ошибок отмечается при выполнении заданий методики «Арифметические задачи».

Мышление характеризуется повышенной ригидностью мыслительных процессов, низкой продуктивностью, быстрой истощаемостью при достаточно хорошем балансе абстрактно-логического и образно-действенного компонентов мышления. При выполнении задания по методике Выготского-Сахарова отмечается аффективная реакция на неудачу,

выражающаяся в дезорганизации мышления и ухудшении показателей. В отдельных случаях отмечаются жалобы больных на неприятное чувство пустоты в голове и неспособность думать вообще, «потеря мысли», «пустота в голове». В отличие от эпилепсии, при неврастении такие эпизоды обусловлены крайним нервным истощением, они кратковременны и бесследно исчезают.

Речь при невротическом синдроме не имеет нарушений.

Эмоциональная сфера. Типичным состоянием является раздражительная слабость, которая проявляется в чрезмерной интенсивности и быстром истощении эмоциональных реакций. Бурные аффективные реакции раздражения по малозначительному поводу непродолжительны, но проявляются с определённой частотой. Также отмечается повышенная аффективная лабильность, повышенная слезливость, ипохондрическое настроение, слабый контроль над эмоциями.

Мотивационно-волевая сфера характеризуется борьбой мотивов или противоречием между завышенными требованиями к себе и реальными возможностями личности («хочу, но не могу»). В случаях выраженной неврастении отмечается вялость, болезненное ослабление волевой активности (гипобулия), утрата интереса не только к какой-либо деятельности, но и к развлечениям. В отдельных случаях наблюдается суетливая деятельность с проявлениями нетерпеливости, которая, как правило, не доводится до конца. Отмечается снижение витальных потребностей (потребность в еде, сексе, удовольствиях и др.).

Схематично внутриличностный мотивационный конфликт при астеническом неврозе представлен на рисунке 50.

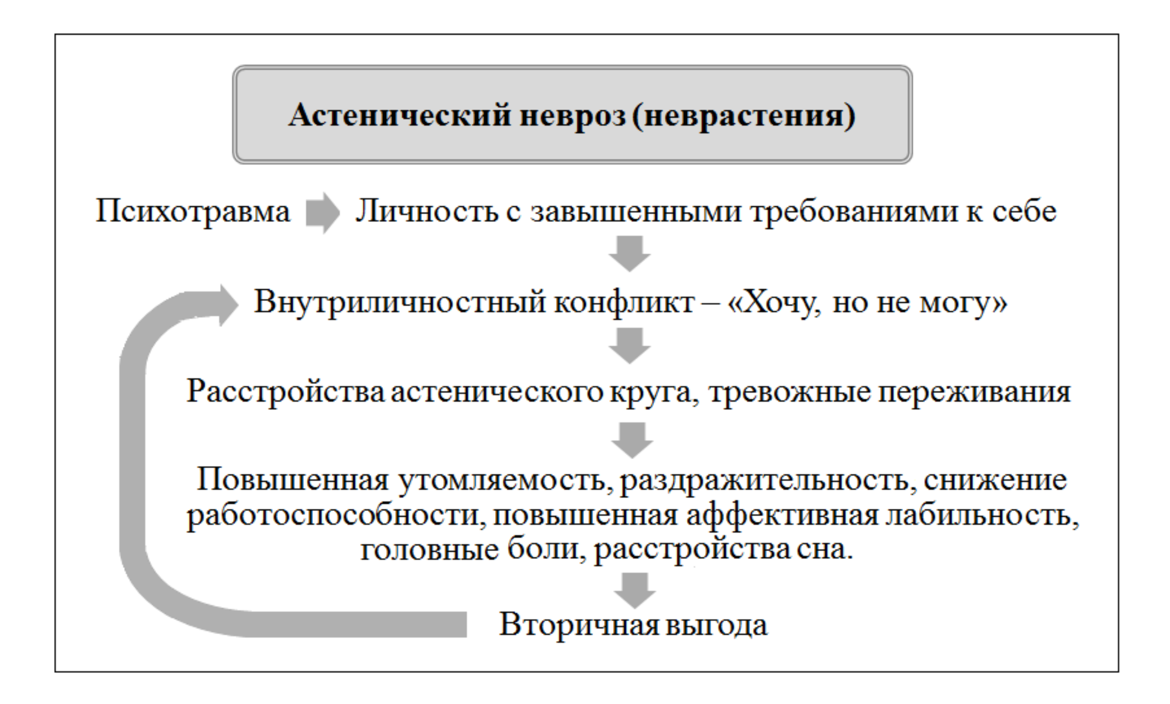


Рис. 50. Схема внутриличностного конфликта при астеническом неврозе

Неврастенический невроз следует дифференцировать от астенических состояний при шизофрении, маскированных эндогенных депрессиях, в начальных стадиях многих органических заболеваний нервной системы, а также от астенических синдромов, возникающих в результате тяжёлых соматических и инфекционных заболеваний, авитаминозов, черепно-мозговых травм и др.

Истерический невроз *(диссоциативное, конверсионное расстройство)* – это вторая по частоте встречаемости в клинике форма невроза, проявляющаяся разнообразными функциональными психическими, соматическими, аффективными нарушениями, характеризующаяся высокой внушаемостью, склонностью к самовнушению, стремлением любым путем привлечь к себе внимание окружающих.

Невротический конфликт представляет собой диссоциацию между завышенными требованиями личности к окружающим и невозможностью их реализовать или достичь.

Функциональные психопатологические образования при истерическом синдроме полиморфны и вариабельны. Каждый отдельный случай представляет индивидуально-специфическое сочетание пяти основных компонентов: психических, вегетовисцеральных, двигательных, сенсорных и речевых (А.О. Бухановский, 2003).

Когнитивная сфера. *Ощущения и восприятие*. Наблюдаются различные сенсорные нарушения: парестезии (тактильная, температурная, болевая), гиперестезии, гипестезии, ложные локальные анестезии; истерическое выпадение функции органов чувств (концентрическое сужение поля зрения, извращение цветоощущения, истерические скотомы, слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса и др.).

Внимание характеризуется снижением показателей концентрации, устойчивости, избирательности внимания, при этом могут увеличиваться показатели распределения и переключения.

Память. Личностно-мотивационная обусловленность мнестических процессов, отражающаяся в колебании объёма памяти, неустойчивости сохранения и воспроизведения следов информации как при диагностике кратковременной, так и долговременной памяти. При истерическом неврозе часто возникают психогенные амнезии, но чаще всего они имеют временный характер и заканчиваются полным восстановлением памяти.

Мышление конкретно-образное, импульсивное и эгоцентрическое. Наблюдаются затруднения категоризации на абстрактно-логическом уровне. Больные затрудняются с выделением отдельных категорий при выполнении методики Выготского-Сахарова, при этом дезорганизация мыслительного процесса увеличивается при ошибках и неудачах (аффективно-непоследовательное мышление). Реакция на фрустрацию носит экстрапунитивный характер (Б.Д. Карвасарский, 1990).

Речевые нарушения при истерическом неврозе могут проявляться в истерическом заикании, дизартрии, афонии (утрата звучности голоса), мутизме, сурдомутизме (глухонемота), афазии. Отличительным признаком истерического мутизма от кататонического является то, что невозможность речевого общения сочетается со стремлением к пантомимическому и письменному контакту (А.О. Бухановский, 2003).

Эмоциональная сфера характеризуется демонстративно преувеличенным выражением эмоций и чувств (демонстративная чувствительность и впечатлительность), эмоциональной лабильностью, слабодушием, высокой внушаемостью и самовнушаемостью частым проявлением негативных эмоций (страх, тревожность), ипохондрическими переживаниями, подавленным настроением, субдепрессией.

Мотивационная сфера. Основное мотивационное противоречие заключается в чрезмерно завышенных претензиях личности к окружающим при недооценке как своих возможностей, так и объективных условий («хочу, но не дают»). Отмечается преобладание

эгоцентрических мотивов (ожидание безусловного признания окружающих, получение удовольствия, получение выгоды и т.п.).

Схематично внутриличностный мотивационный конфликт при истерическом неврозе представлен на рисунке 52.



Рис. 52. Схема внутриличностного конфликта при истерическом неврозе

Внешний вид и поведение. Отмечается завышенная самооценка, демонстрация своей уникальности, патологическая лживость. Демонстративные суицидальные высказывания и попытки, которые наигранны и сопровождаются ярким внешним мимическим, пантомимическим и аффективным оформлением в виде театральных поз, заламывания рук, стенаний, громких воплей и вздохов и т. п.

Невроз навязчивых состояний (Обсессивно-фобическое расстройство) – это различные невротические состояния, которые характеризуется возникновением навязчивых страхов, назойливых мыслей и действий, неконтролируемых сознанием и не поддающихся волевой регуляции больного. Встречается данный вид невроза значительно реже, чем неврастения и истерический невроз. Развивается чаще всего у лиц с тревожно-мнительной акцентуацией (психастеники).

Неврастенический конфликт представляет собой диссоциацию между потребностями личности и невозможностью их реализации.

Навязчивые явления весьма многообразны, наиболее типичными являются различные фобии, навязчивые сомнения, воспоминания, «умственная жвачка», ритуальные действия, влечения. В большинстве случаев больные критически относятся к своим навязчивостям, понимают их неадекватность, стремятся их преодолеть, но справиться с ними не могут. Фобии внедряются в сознание больных, несмотря на очевидную нелепость, и продолжают существовать вопреки всем попыткам избавиться от них. В качестве компенсаторных механизмов вырабатываются определённые ритуальные действия (компульсии), снимающие на некоторое время душевный дискомфорт больного.

Когнитивная сфера. Нервные процессы при неврозе навязчивых состояний протекают несколько инертно. Отмечается общее снижение психической деятельности под влиянием патологической тревоги и высокого психического напряжения.

Восприятие. Отмечается повышение порога восприятия – увеличение времени на узнавание объектов, которые потенциально могут приводить к нарастанию тревоги и эмоционально-аффективному напряжению, это так называемая «перцептивная защита».

Внимание, как и при других формах невроза, характеризуется снижением концентрации, устойчивости и переключаемости (Б.Д. Карвасарский, 1990).

Память. Отмечаются негрубые нарушения динамики мнестической деятельности и колебания объёма. Кривая запоминания серии слов носит неустойчивый характер. При выполнении субтеста «повторение цифр» методики Векслера больные часто делают ошибки на лёгких цифровых сериях и безошибочно выполняют более тяжёлые. Нередко повторяют такое же количество цифр в обратном порядке, как и в прямом, а иногда и больше.

Мышление. Наблюдается некоторое снижение продуктивности мышления, при этом показатели невербального компонента значительно ниже, чем вербального. Отмечается аффективная обусловленность мышления. Так, при выполнении задания «Расположение картинок» прослеживается фиксация на аффективно-значимом содержании отдельных изображений, затрагивающих болезненные переживания больных. Аффективная дезорганизация мыслительного процесса при неудачах выражается в ухудшении выполнения задания. Типичными ошибками являются: чрезмерное усложнение принципа классификации, создание сложной системы гипотез аналитически-абстрактного характера. Характерная реакция на ошибки – «умственная жвачка» и трудность возвращения к практическому действию.

Эмоциональная сфера характеризуется высоким уровнем психоэмоционального напряжения, патологической тревогой и страхом, болезненными аффективными реакциями (приступы панической атаки), повышенной раздражительностью. Настроение преимущественно пониженное с оттенком безнадёжности и эмоциональной подавленности.

Мотивационно-волевая сфера. Основной мотивационный конфликт обусловлен противоречием двух внутренних тенденций: стремление к удовлетворению потребности и сохранение психической и физической безопасности («хочу, но не осмеливаюсь»).

Схематично внутриличностный мотивационный конфликт при неврозе навязчивых состояний представлен на рисунке 53.



Невроз навязчивых состояний

Психотравма → Личность с психастенической акцентуацией характера

↓

Внутриличностный конфликт – «Хочу, но не осмеливаюсь»

↓

Тревожность, навязчивые репродукции, страхи (фобии), ритуалы

↓

Различные функциональные расстройства невротического типа (раздражительность, утомляемость, нарушения сна и др.)

↓

Вторичная выгода

Рис. 53. Схема внутриличностного конфликта при неврозе навязчивых состояний

В поведении наблюдается социальное избегание, неуверенность, заниженная самооценка, сомнения в наличии ценных личностных качеств, достойных признания со стороны окружающих.

Для всех рассмотренных форм неврозов, входящих в группу реактивных состояний, общим является ведущее значение психической травмы. В то же время реактивные состояния включают множество клинических форм, и в этом разнообразии проявлений реактивных состояний существенное значение оказывает как масштаб психической травмы, так и свойства личности, на которую воздействует психогения.

7.8. Психогенно-психотический синдром

В клинике психогенно-психотическому синдрому соответствуют реактивные психозы, которые относят к группе реактивных состояний.

Реактивные (психогенные) психозы – это группа разнообразных по клинической картине психических расстройств, возникающих вследствие воздействия психотравмы и проявляющихся в виде реакций и (или) состояний, достигающих психотического уровня.

В большинстве случаев реактивные психозы имеют временный и обратимый характер. Чаще всего выздоровление происходит через этап так называемой постреактивной астении. В отдельных случаях, реактивный психоз может стать затяжным и перейти в более тяжёлую форму психического расстройства (*аномальное постреактивное развитие личности*).

По мнению В.М. Блейхера, основными отличиями реактивных психозов от неврозов являются:

1) Наличие у первых продуктивной психотической симптоматики (галлюцинации, бред, психомоторные нарушения и пр.).
2) Особенности патогенетических механизмов.

Как правило, возникновение неврозов обусловлено длительным воздействием психогенной ситуации, в то время как реактивные психозы возникают как реакция на внезапную и очень мощную по силе психотравму, превышающую адаптационно-компенсаторные возможности человека [18].

В клинической практике для диагностики реактивных психозов используют критерии, предложенные К. Ясперсом (см. рис. 54).

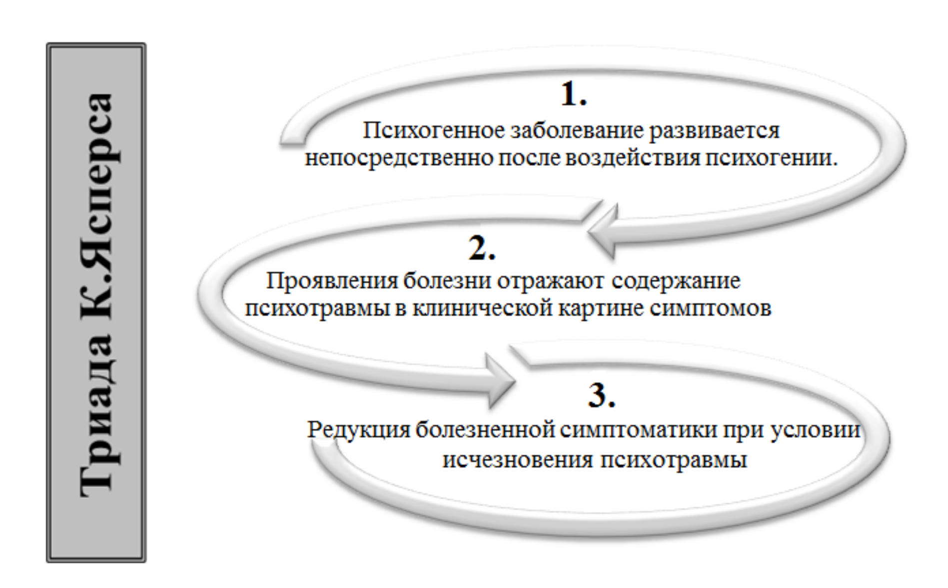


Рис. 54. Триада диагностических критериев реактивного психоза (К. Ясперса)

Следует учитывать относительность данных критериев, поскольку реактивные психозы могут возникать отсрочено, могут не прекращаться после исчезновения психотравмы. В процессе развития болезни психопатологические переживания могут «отрываться» от содержания психотравмы, которая к тому же может стать фактором, провоцирующим другие психические заболевания (Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко, 1989).

Согласно квалификации, представленной в МКБ-10, все многообразие реактивных психозов распределено по различным рубрикам класса V. Основные входят в рубрику F40-F48 – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»:

– Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации (F43);
– Острая реакция на стресс (F43.0);
– Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1);
– Расстройства адаптации (F43.2) (Реактивные (психогенные) депрессии).

Бредовые формы психогенных психозов отнесены к рубрике F20-F29 –«Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» и классифицируются как «Острые и транзиторные (преходящие) психотические расстройства» (F23).

В клинической практике реактивные психозы, в зависимости от характера психотравмы и клинических проявлений, условно разделяют на: аффективно-шоковые психогенные реакции, истерические психозы, затяжные реактивные психозы (депрессии, бредовые психозы), посттравматическое стрессовое расстройство (см. рис. 55).





Рис. 55. Клиническая классификация реактивных психозов

Характерными особенностями реактивных психозов являются:
- *аффективно-изменённое сознание*;
- *утрата способности адекватно оценивать ситуацию и своё состояние*;
- *нарушение поведения*;
- *наличие продуктивной психопатологической симптоматики*.

Аффективно-шоковые психогенные реакции – это кратковременные (транзиторные) реакции психотического уровня, возникающие у лиц, ранее не имевших признаков психического расстройства, в ситуациях острой, внезапной и массивной, психотравматизации. При аффективно-шоковых реакциях клинические проявления могут характеризоваться либо развитием гипокинезии (аффектогенный ступор), либо гиперкинезии (двигательная буря). Сознание больных сужается, поведение теряет целенаправленность, ориентировка в окружающем нарушается.

Истерические (диссоциативные) реактивные психозы чаще всего возникают у лиц с истероидным типом акцентуации. В зависимости от тяжести и длительности реакции в клинической картине наблюдается либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие.

Истерические (диссоциативные) психозы представлены неоднородными по клинической картине психотическими состояниями – истерическим сумеречным помрачением сознания, псевдодеменцией, пуэрилизмом, синдромом бредоподобных фантазий, синдромом регресса личности, истерическим ступором.

К затяжным реактивным психозам относятся: реактивные депрессии и реактивные бредовые психозы.

Реактивная депрессия возникает в ответ на какое-либо психотравмирующее событие (смерть близкого человека, развод, крах карьеры и т.п.). Характеризуется подавленным настроением, чувством витальной тоски и тревоги, постоянным переживанием психотравмирующей ситуации, наличием сверхценных, бредовых идей самообвинения и суицидальных мыслей. Возможны явления депрессивного раптуса, деперсонализации и

дереализации. В начале реактивной депрессии иногда наблюдаются отдельные зрительные и слуховые галлюцинации (чаще в ночное время) с содержанием психической травмы.

Реактивные бредовые психозы – это группа психозов, при которых в ответ на воздействие психотравмирующей ситуации развивается бредовое состояние различной фабулы и структуры.

Реактивное паранойяльное бредообразование характеризуется возникновением бреда (сверхценной идеи), не выходящего за рамки травмирующей ситуации, психологически понятного и сопровождающегося вполне объяснимой эмоциональной реакцией. Несмотря на то, что бредовые идеи доминируют в сознании, на начальном этапе больные ещё могут поддаваться некоторому разубеждению. Во всех остальных аспектах психической деятельности больного заметных отклонений не наблюдается. Важно отметить, что в клинической картине заболевания никогда не наблюдаются расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации). Бред отличается относительной правдоподобностью, отсутствием неадекватной фабулы и большой аффективной заряженностью (М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, 2006).

Реактивный параноид – это психогенная реакция на психотравму, характеризующаяся возникновением бредовых идей (преследования, физического насилия, угрозы жизни и т.п.), сопровождающаяся тревогой и страхом. Бред чаще всего несистематизирован, эмоционально насыщен, может сопровождаться зрительными иллюзиями и слуховыми галлюцинациями. Причиной могут послужить внезапная смена обстановки, военные действия, длительные переезды по незнакомой местности, социальная изоляция (одиночное заключение, иноязычная среда), повышенная ответственность за выполняемое дело и мн.др. Фабула бреда отражает психотравмирующую ситуацию. В поведении наблюдается тревожность, подозрительность и постоянное психологическое напряжение. Реактивный параноид обычно возникает у лиц с тревожно-мнительным или параноидным типом характера в жизненно угрожающих ситуациях (Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин, 2002).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это тяжёлое психическое состояние, которое возникает в результате одноразовой или повторяющейся психотравмирующей ситуации, как, например, участие в военных действиях, тяжёлая физическая травма, сексуальное насилие либо угроза смерти.

Возникает психическое расстройство не сразу вслед за психотравмой, а после латентного периода, который может варьировать от нескольких дней до полугода. Течение волнообразно и повторяется навязчивым воспроизведением в сознании психотравмирующего события. При этом постстрессовое состояние часто является чрезвычайно интенсивным переживанием, нередко приводящим к мысли о суициде с целью прекратить душевную боль. Также характерны повторяющиеся кошмарные сны и непроизвольные воспоминания. В некоторых случаях состояние может переходить в хроническое течение и приводить к патологическим изменениям личности.

Контрольные вопросы

1. В чем заключается сложность выделения патопсихологических синдромов?
2. Дайте определение симптома и синдрома.

3. Объясните суть понятия «патопсихологический симптомокомплекс».
4. Дайте характеристику позитивной и негативной симптоматики.
5. Раскройте содержание патопсихологического синдрома психотической дезорганизации.
6. Охарактеризуйте шизофренический синдром.
7. Какие когнитивные нарушения наблюдаются при эндогенно-органическом синдроме?
8. Какие эмоциональные и мотивационно-волевые нарушения наблюдаются при экзогенно-органическом синдроме?
9. Какие нарушения наблюдаются при первичных атрофических процессах головного мозга?

Рекомендуемая литература

1. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. М .: МПСИ, 2002.
2. Братусь, Б.С. Аномалии личности.– М.: Мысль, 1988.
3. Ведехина, С.А. Клиническая психология: конспект лекций. – М.: ЭКСМО, 2008.
4. Карвасарский, Б.Д. Неврозы. М. Медицина, 1990.
5. Кемпинский, А. Психология шизофрении. СПб.: Ювента, 1998.
6. Кононова, М.П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста. М.: Гос. Изд. мед. Лит., 1963.
7. Кудрявцев, И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Юрид. лит., 1988.
8. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
9. Мясищев В.М. Личность и неврозы. Л.: ЛГУ, 1960.
10. Носачев Г. Н., Романов Д. В. Основы патопсихологии: учебное пособие. – Самара: Офорт, 2004.
11. Психиатрический диагноз / В.М. Блейхер, И.В. Крук и др. К.: Высшая шк., 1989.
12. Сидоров, П.И., Парников, А.В. Введение в клиническую психологию: учебник для вузов. – М.: Академический Проект, 2000.
13. Соловьёва, С.Л. Медицинская психология: конспект лекций. М.: АСТ, 2004.
14. Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов / пер. А. Хавин. М.: Академический Проект, 2004.
15. Шнайдер, К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999.
16. Ясперс, К. Общая психопатология / Пер. с нем. Л.О. Акопяна. – Москва: Практика, 1997.

Тезаурус

Абилитация – лечебные и/или социальные мероприятия по отношению к инвалидам (в том числе и детям), направленные на адаптацию их к жизни.

Аграмматизм – нейропсихологическое нарушение, характеризующееся потерей способности к анализу и правильному использованию грамматического строя речи.

Анамнез – совокупность сведений о больном и его заболевании, полученных путём опроса самого больного и (или) знающих его лиц и используемых для установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов её лечения и профилактики.

Аспонтанность – невозможность самостоятельного включения больного в выполнение какой-либо деятельности.

Атактическое мышление – это непоследовательное, нецеленаправленное и логически нарушенное мышление. Высказывания могут иметь грамматически правильные формы, но при этом логические связи между понятиями и суждениями разрываются или отсутствуют. Является характерным для шизофрении расстройством мышления.

Гетерохронность – неравномерность и непоследовательность во времени развития различных психофизиологических функций человека.

Гипнабельность – индивидуальная предрасположенность гипнотическому воздействию, способность достигать гипнотического состояния той или иной глубины.

Гнозис – перцептивный процесс опознания стимулов разной модальности (зрительный, слуховой и т. д.).

Дезадаптация – нарушение способности приспособления организма к условиям существования. В психиатрии дезадаптация понимается как утрата приспособляемости к условиям социальной среды вследствие болезни.

Детерминация – закономерная зависимость психических явлений от порождающих их факторов (причинно-следственная обусловленность).

Диссолюция – в психиатрии прогрессирующее расстройство психической деятельности, происходящее в последовательности, обратной её возникновению в процессе онтогенеза.

Идеомоторный – данный термин применяется для описания или по отношению к двигательной активности, которая возникает в результате появления у человека какой-либо идеи.

Инкогеренция – высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор, поток слов.

Интенция – сосредоточенная направленность сознания на определённый объект или идею.

Интермиссия – состояние между двумя приступами психоза, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности.

Интрапунитивность – реагирование на неудачу, фрустрацию, когда гнев и обвинения направляются на самого себя. Внутреннее фокусирование на эмоции чаще всего на чувстве вины или стыда.

Логоневроз – форма заикания, характеризующаяся непостоянством его проявления, а также сочетанием с другими невротическими расстройствами.

Лонгитюд – длительное и систематическое изучение одних и тех же испытуемых, позволяющее определять диапазон возрастной и индивидуальной изменчивости в психическом развитии.

Нозология – раздел патологии, изучающий сущность и характер течения отдельных болезней, включая их описание, а также разрабатывающий их классификацию по родственным признакам.

Патогенез – это совокупность последовательных процессов, определяющих механизмы возникновения и течения болезни.

Перфекционизм – обострённое стремление во всём добиваться идеального результата, совершенства.

Праксис – способность к выполнению целенаправленных автоматизированных моторных актов.

Преморбидное состояние – предшествующее и способствующее развитию болезни состояние, обусловленное совокупностью факторов (врождённых и приобретённых).

Прогредиентность – развитие психической болезни с нарастанием позитивных и негативных симптомов.

Ремиссия – ослабление проявлений симптомов заболевания или их временное исчезновение во время болезни.

Рефлексия – одна из форм самоанализа, обращение сознания личности к анализу своих мыслей и поступков.

Эгодистония – психологическое состояние личности, при котором индивид не приемлет болезненные проявления и сохраняет критическое отношение к своей болезни.

Эгосинтония – психологическое состояние личности, при котором индивид принимает свои патологические проявления и живёт в гармонии с ними.

Экзогенный – обусловленный воздействием внешних факторов.

Экстрапунитивность – тенденция реагировать гневом на внешние объекты в ситуации фрустрации.

Эмпатия – способность человека к непроизвольному переживанию (сопереживанию) тех эмоций, которые возникают у другого человека.

Эндогенный – обусловленный воздействием *внутренних факторов, вызываемый внутренними причинами.*

Этиология – раздел медицины, изучающий причины и условия возникновения болезней.

Приложение 1

Психологическое заключение на испытуемого Д.

Испытуемый Д.О.В., 18 лет, м., рус., обр.: ср.

Цель психологического исследования: определение характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сферы для уточнения функционального диагноза и определения роли психологических факторов в генезе заболевания.

Предварительный диагноз: астено-невротический синдром.

Краткий анамнез. *В результате проведённой беседы с матерью* было установлено, что испытуемому с детства свойственна замкнутость, боязливость, он плохо адаптируется в коллективе, избегает тесных контактов с людьми, друзей не имеет. В свободное время занимается чтением, интересуется биологией, планирует поступление в вуз по данному направлению. Взаимоотношения с родителями доверительные. В последнее время (около 2-х лет) периодически возникают головные боли, появляется вялость, усталость, снижается концентрация внимания, ухудшается память. В работе – медлительный, педантичный; к вечеру активность и работоспособность увеличивается. Повышенная тревожность возникает перед контрольными и экзаменами, переживания сопровождаются отчётливыми вегетативными проявлениями – «дрожание рук, сердцебиение, покраснение лица».

В беседе с испытуемым полученные сведения от матери подтвердились («очень сильно нервничаю перед экзаменами ..., кровь приливает к голове, голова становится тяжёлой, свинцовой ..., обрывы в памяти, пустота»). Длительно переживаются подобные состояния («даже когда экзамен сдан, головная боль не проходит, … не могу ни о чем думать»). В процессе выполнения какой-либо деятельности любой незначительный раздражитель может повлиять на качество работы, вызвать аффективную реакцию. Характеризует себя как человека замкнутого, нерешительного, зависимого, раздражительного, обидчивого. Также отмечает повышенную чувствительность, ранимость, эмоциональную неустойчивость, застревание на переживаниях, связанных с какой-либо проблемой, нерешительность в ситуации выбора. В связи с этим возникают проблемы в контактах с окружающими («мне трудно общаться с другими», «меня мало кто понимает»).

Экспериментально-психологическое исследование

Характеристика выполнения заданий. Испытуемый понимает цель исследования, с готовностью приступает к работе. Инструкции к заданиям усваивает несколько замедленно, также отмечается заинтересованность и старательность при их выполнении. В ходе эксперимента испытуемый следит за реакцией экспериментатора в отношении качества выполнения заданий. Жалуется на повышенную утомляемость даже после непродолжительных нагрузок. Реакция на ошибки и фрустрационную ситуацию преимущественно интрапунитивная.

Когнитивная сфера.

Внимание. При выполнении задания, требующего монотонного, механического и жёстко алгоритмизированного манипулирования стимульным материалом (корректурная

проба Бурдона), показатель темпа в пределах нормы (выполнение задания за 6 мин., при норме 6-8), продуктивность внимания (концентрация и устойчивость) несколько снижены, «кривая работоспособности» имеет незначительные колебания. Отмечается понижение темпа при выполнении задания, требующего оперативного переключения активного внимания (методика таблицы Шульте).

Память. Показатели объёма кратковременного механического запоминания (методика Джекобса) и отсроченного воспроизведения находятся в пределах нормы (средний показатель 7 при норме 5-9), при выполнении методик с образным стимульным материалом показатель объёма памяти увеличивается до 10. При выполнении задания «Заучивание 10 слов» наращивание объёма заученного материала происходит равномерно. «Кривая запоминания» имеет вид – 5, 6, 8, 10 слов.

Мышление. Нарушения операциональной стороны мышления не обнаружены. Отмечается инертность мыслительной деятельности. Наибольшие затруднения вызывали задания, требующие оперирования словесно-логическим материалом (субтест «Последовательные картинки» методики Векслера). Проявляется вязкость, обстоятельность, склонность к длительному обдумыванию, застревание на уже решённых заданиях, напряжённый поиск все более удачных формулировок. Также трудности возникли при выполнении субтеста «Недостающие детали», требующего тонкой визуальной перцепции, наблюдательности. Несмотря на инертный характер работы, по содержанию ответы в заданиях на понятийное, абстрактно-логическое мышление адекватны, отражают высокий уровень эрудиции.

Речь. Отмечается склонность к рассуждательству и витиеватость речи при изложении смысла, отображённого на сюжетных картинках.

Эмоциональная и личностная сфера. Повышенный внутренний дискомфорт, общая неудовлетворённость, высокая напряжённость и тревожность (методика FPI). Проблема самооценки является наиболее напряжённой. Отмечаются противоположные тенденции. С одной стороны неудовлетворённость, неуверенность и стремление к самосовершенствованию, с другой – переоценка своих возможностей, переживание своей исключительности (методика Розенцвейга, «Незаконченные предложения»). По результатам методики MMPI характер «профиля» – невротический. В «профиле» явно выражены признаки тревожности, раздражительности, ипохондричности, связанные с неуверенностью в себе, мнительностью, чрезмерной интроспекцией и рефлексией с элементами навязчивости, на что указывают сверхнормативные значения по шкалам «Психастения», «Депрессия», «Ипохондрия». Эмоциональный фон неустойчив, преобладают реакции по типу раздражительной слабости.

Ярко выраженными личностными чертами являются: медлительность, застревание на переживаниях проблемных ситуаций, боязливость, замкнутость, затруднения при осуществлении социальных контактов, ориентированность на неудачи (высокие показатели по шкалам методики К. Леонгарда «Застревающий», «Дистимический», «Тревожно-боязливый»). Темпераментальный профиль – меланхолический (методика EPI Айзенка). Астено-невротический тип акцентуации (методика ПДО А.Е. Личко).

Заключение. Астено-невротический синдром подтверждается результатами эксперимента. Жалобы на головную боль и ухудшение памяти, описанные в анамнезе, имеют преимущественно функциональную природу. В эмоциональном статусе преобладает

аффективная неустойчивость, обусловленная проблемой самооценки личности, а также ипохондрическая сосредоточенность на состоянии здоровья.

Приложение 2

Психологическое заключение на испытуемую Е.

Испытуемая Е.С.К., 37 лет, ж., рус., обр.: ср.сп.

Цель психологического исследования: уточнение функционального диагноза в связи с задачами трудовой экспертизы и социальной реабилитации.

Предварительный диагноз: атипичный маниакально-депрессивный психоз. Состояние устойчивой ремиссии.

Краткий анамнез. Испытуемая работала воспитателем в коррекционном дошкольном учреждении на протяжении 12 лет. Замужем, имеет 2-х детей (14-ти и 11-ти лет). 6 месяцев назад муж ушёл к другой женщине, спустя три месяца они развелись официально. Первое время не спала ночами, замкнулось, с трудом работала. Поддерживала формальное общение с детьми, друзьями и родственниками. Появлялись мысли о самоубийстве. Такое состояние продолжалось в течение двух месяцев, затем внезапно наступило состояние безразличия с полной отрешённостью и спокойствием («Я стала, словно как робот», «ничего не чувствовала»). Возникли трудности на работе, из-за которых пришлось уволиться. В проведении психологического исследования испытуемая заинтересована, так это позволит ей восстановить свой профессиональный статус.

Экспериментально-психологическое исследование

Характеристика выполнения заданий. Испытуемая понимает цель исследования, проявляет заинтересованность, легко усваивает инструкции, работает чётко, аккуратно, в размеренном темпе. Реакция на ошибки и фрустрационную ситуацию адекватная.

Когнитивная сфера.

Внимание. Показатели работоспособности (концентрация и устойчивость) внимания – в пределах нормативных значений (корректурная проба Бурдона), что свидетельствует о способности к поддержанию волевого усилия в течение заданного времени и отсутствии выраженных признаков истощаемости. Тем не менее при выполнении задания, связанного с переключением внимания (таблицы Шульте), у испытуемой несколько снижается темп врабатываемости и качество выполнения задания.

Память. Показатели объёма кратковременной памяти при выполнении заданий на механическое запоминание (методика Джекобса) несколько ниже (6 при норме 5-9), чем при выполнении заданий на логическое запоминание (8). При выполнении задания «Заучивание 10 слов» наращивание объёма заученного материала происходит равномерно, «кривая запоминания» имеет вид – 5, 6, 7, 9 слов.

Мышление. Каких-либо нарушений со стороны операционального компонента мыслительной деятельности в ходе эксперимента не обнаружено. Уровень понятийного мышления (обобщение, классификация, абстракция) не снижен. Суждения имеют ясную логическую последовательность как в формализованных заданиях, так и в заданиях, связанных с «социальным интеллектом» (понимание межличностных отношений, житейский опыт). Динамика мышления характеризуется незначительными признаками инертности

(обстоятельность, детализированность). Затруднения возникают при выполнении заданий, связанными с пространственно-конструктивными операциями (субтест Векслера – «Кубики Коса») и с оперированием цифрами (субтест Векслера – «Арифметический»). Отмечается сохранность мотивационного компонента мышления.

Речь. Грамотная, последовательная, несколько замедлен темп рассуждений при описании сюжетных картинок.

В целом исследованные параметры когнитивной сферы соответствуют средне-нормативным показателям и не имеют диагностически значимых психопатологических признаков.

Эмоциональная и личностная сфера. Эмоциональный фон – преимущественно ровный. Эмоциональные реакции адекватны по содержанию и способу выражения. Признаков подавленности, тревоги, выраженной аффективной неустойчивости не обнаружено. Отмечается здоровое равновесие между положительной самооценкой и критическим отношением к себе. «Профиль» личности по методике MMPI в большей мере гипотимический (умеренное повышение по шкалам «Депрессия» и «Психастения»). Ярко выраженными чертами характера являются: повышенная исполнительность, обязательность, конформность («Педантичный тип» методика «Акцентуации характера»). Проективные методы показали, что характерными чертами являются открытость, эмпатия, искренность. В сложных (фрустрирующих) ситуациях склонность к принятию вины и ответственности на себя, бесконфликтность (методика ТАТ). В методике Розенцвейга получен высокий показатель «групповой сообразуемости», отражающий правильность усвоения общественных норм поведения.

Таким образом, неадекватных форм эмоционального реагирования, дезадаптивных личностных черт в экспериментальном исследовании не обнаружено. Отмечается гипернормативный характер установок и поведения испытуемого.

Заключение. Показатели когнитивной и эмоционально-волевой сферы, характер личностных установок испытуемой соответствует требованиям, предъявляемым к работе по избранной специальности (педагог дошкольного образования).

Приложение 3

Психодиагностическое заключение на испытуемого Ж.

Испытуемый Ж.М.В., 17 лет, м., рус., обр.: уч.

Цель психологического исследования: определение характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сферы для уточнения функционального диагноза и решения вопроса о возможности обучения испытуемого в общеобразовательной системе.

Предварительный диагноз: последствия перенесённой нейроинфекции с выраженным правосторонним гемипарезом.

Краткий анамнез. *Из беседы с испытуемым:* вырос в детском доме («мать бросила сразу после рождения»), окончил 8 классов коррекционной школы-интерната и первый курс ПТУ (специальность – изготовитель художественных изделий из керамики). В настоящее время находится на содержании и лечении в психоневрологическом интернате. Тяжело переживает пребывание в среде психически больных, стремится к самостоятельной жизни в здоровом обществе. Планирует закончить ПТУ и устроиться на работу по специальности. В ходе беседы проявляет адекватные эмоциональные реакции, легко вступает в контакт.

Экспериментально-психологическое исследование

Характеристика выполнения заданий. Испытуемый понимает цель исследования, правильно и быстро усваивает инструкции. Работает заинтересованно, быстро и чётко. Реакция на ошибки и фрустрационную ситуацию адекватная.

Когнитивная сфера.

Внимание. При выполнении патопсихологических методов («счёт по Крепелину», корректурная проба Бурдона и др.) отмечается сохранность основных *функций внимания* (объем, концентрация, переключение). Темп психомоторных реакций не замедлен (выполнение задания за 7 минут при норме 6-8). Показатель умственной работоспособности свидетельствует об небольшой истощаемости (график устойчивости внимания – плавный, зигзагообразный с тенденцией к снижению), при этом показатели концентрации не ниже нормативных значений. В условиях повышенной функциональной нагрузки проявляет способность к удержанию волевого усилия и высокую мотивацию к достижению хороших результатов деятельности.

Память. Показатели мнестической функции без признаков снижения. Показатель объёма кратковременной механической памяти (методика Джекобса) находится в пределах границ нормы (6 цифр при норме 5-9); «Кривая запоминания 10 слов»: 5, 6, 8, 9, 10 - полностью соответствует нормативным данным. Логическая память сохранна (успешно справляется с пересказом текста средней степени сложности). Зрительно-пространственная память (воспроизведение геометрических фигур – тест Бентона) не нарушена. Модальностно-специфических расстройств памяти не выявлено.

Мышление. Операциональная сторона мышления не нарушена, мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на среднем уровне обобщения без

искажения логической структуры, доступны для понимания абстрактные категории. Суммарный *показатель уровня интеллекта*, по данным методики Векслера, соответствует возрастной норме (IQ = 89). Тем не менее наибольшее затруднение вызывают задания, связанные с отображением эрудиции, словарного запаса и навыков речевого общения (субтесты «Осведомлённость», «Словарный запас»), а также с необходимостью оперировать цифрами (субтест «Арифметический»). Пространственный анализ и синтез не нарушен (составление моделей «Кубики Коса»).

Речь. Темп речи не замедлен. Отмечается скудный словарный запас, трудности при формулировке (словесном оформлении) ответов при выполнении задания «Рассказ по картинкам».

Таким образом, интеллектуальный потенциал испытуемого выше полученного им образования. В возникновении данной ситуации отчётливо просматриваются факторы социально-педагогической запущенности.

Эмоционально-личностная сфера. Эмоциональный фон – преимущественно ровный. Сформирован адекватный контроль над аффективными реакциями и поведением. Признаков подавленности, тревоги, выраженной аффективной неустойчивости не отмечается. Патохарактерологических и поведенческих нарушений не обнаружено. Отмечается некоторая склонность к переоценке своих возможностей («юношеская бравада»), имеющая отчётливый гиперкомпенсаторный характер. В характерологическом профиле (16-ф. личностный опросник) основными чертами являются – открытость, ответственность, практичность, сильная воля. Сформированы навыки межличностного общения, усвоены социальные нормативы поведения в обществе. Эмоциональные реакции адекватны по содержанию и способу выражения (методика Розенцвейга).

Заключение. Уровень интеллекта испытуемого соответствует норме, эмоционально-волевых и личностных патологий, препятствующих дальнейшему обучению и адаптации в широкой социальной среде, не выявлено. Полученные результаты позволяют рекомендовать испытуемому продолжить обучение в ПТУ по выбранной специальности.

Приложение 4

Психодиагностическое заключение на испытуемого М.

Испытуемый М.А.А, 22 года, м., рус., обр.: ср.сп.

Цель психологического исследования: определение характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сферы для уточнения дифференциального диагноза между шизофренией, аффективным расстройством и психопатией.

Предварительный диагноз: шизофрения, простая форма, психопатоподобный синдром.

Краткий анамнез. *Из беседы с матерью*: на протяжении последнего года у сына резко изменился характер и поведение. Раньше был активным, весёлым, любознательным, с разнообразными интересами и чёткими профессиональными (в области музыки) установками. Теперь «стал другим человеком – замкнутым, угрюмым, безразличным». Сохраняет формальные контакты с близкими, подчиняется требованиям, но доверительные контакты, чувство взаимопонимания полностью утрачены. С друзьями не общается, замкнулся в собственном мире, активно высказывает суицидальные мысли.

Из беседы с испытуемым: открыто и настойчиво озвучивает своё нежелание дальше жить, которое обусловлено мировоззренческими установками («нет смысла в жизни», «все бессмысленно»). В процессе беседы сообщает, что осознание бесполезности жизни пришло тогда, когда почувствовал своё резкое отличие от окружающих, пережил ощущение эмоциональной опустошённости, отсутствие чувств, «души» («У меня нет души»). Ощущение утраты эмоций сохраняется до настоящего времени и сопровождается рациональной переработкой, постоянными размышлениями о смысле жизни. Рассуждения в этой области имеют паралогический характер. Критики к своему состоянию не обнаруживает, психологической коррекции не поддаётся.

Экспериментально-психологическое исследование

Характеристика выполнения заданий. В ходе экспериментального исследования держится вежливо, корректно, с готовностью выполняет задания любой степени сложности и эмоциональной насыщенности. Доступно понимание инструкций, однако истинной заинтересованности к ходу и результатам исследования не проявляет.

Когнитивная сфера.

Внимание. Высокий темп выполнения задания, показатель объёма 8 (при норме 5-9). Отсутствуют признаки повышенной утомляемости и истощаемости. Каких-либо нарушений произвольного компонента внимания при концентрации и переключении не выявлено.

Память. Показатели объёма кратковременной и логической памяти не снижены.

Мышление. Отмечается быстрый мыслительный темп, высокий уровень процесса обобщения и способности к установлению логических связей. В то же время отсутствие латентного периода при предъявлении эмоционально наполненных пиктограмм, отдельные неадекватные ответы в заданиях на социальный интеллект, а также ригидность и отсутствие

критичности в рассуждениях, касающихся сферы болезненных переживаний, позволяют сделать вывод о значительном искажении личностно-мотивационного компонента мышления (при относительной сохранности его формально-логических характеристик и динамики).

Эмоционально-личностная сфера. Отмечаются признаки эмоционально-личностного дефицита и неадекватности, а также социальной дезадаптации. Эмоциональный фон характеризуется преобладанием пассивности и безразличия. Выявлены отдельные элементы пониженной самооценки. Высокие показатели по шкалам MMPI «Фрустрированность» и «Депрессия» отражают отсутствие внутренней уравновешенности, удовлетворённости и принятия себя. В целом, «профиль личности» (MMPI) имеет отчётливый психотический характер с наибольшим подъёмом по шкале «Шизофрении».

Установка в сфере межличностного общения и отношений личности носит характер отчуждённости («Незаконченные предложения», Розенцвейга, ТАТ). Отсутствует потребность к прочным эмоциональным привязанностям. Обнаруживается оторванность от реальных проблем, равнодушие и бездеятельность в ранее значимых сферах (учёба, интересы, общение с близкими и друзьями). Суицидальные намерения наполнены особой личностной значимостью, не поддаются психологической коррекции и эмоциональному воздействию со стороны.

Заключение. В экспериментально-патопсихологическом исследовании выявлены искажения мотивационно-личностного компонента мышления при относительной сохранности других компонентов интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, структуры и динамики мышления).

Иррациональные навязчивые мысли (преимущественно суицидальные), устойчивые к попыткам психотерапевтического воздействия, обусловлены неадекватностью эмоционально-личностного реагирования.

Приложение 5

Психодиагностическое заключение на испытуемого Л.

Испытуемый Л.К.А, 18 лет, м., рус., обр.: ср.

Цель психологического исследования: определение характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сферы для уточнения функционального диагноза и решения вопроса, связанного с призывом в армию.

Предварительный диагноз: последствия перенесённых множественных ЧМТ с очаговой неврологической симптоматикой, аффективными расстройствами и психопатизацией личности.

Краткий анамнез. *Из беседы с матерью*: в раннем детстве была выявлена аллергическая реакция на ряд пищевых продуктов, в связи с этим приходилось соблюдать определённую пищевую диету. Зачастую был изолирован от сверстников, мать акцентировала внимание на состоянии здоровья сына. Воспитывался в условиях гиперопеки. Рос капризным и упрямым ребёнком, проявлял признаки повышенной эмоциональной возбудимости и неуправляемости. В школе проявлял способности к математике, однако учился неровно, не укладывался в режим, не подчинялся требованиям школы. В 9 и 15 лет перенёс черепно-мозговые травмы. Наблюдался у невропатолога.

Воспитывался в полной семье, отношения с матерью доверительные, с отцом формальные (отец выпивает, скандалит). С 14 лет мать отмечает усиление эмоциональной возбудимости и неустойчивости («поведение стало вызывающим и неуправляемым»). Во время аффективных вспышек проявляет косвенную агрессию. Склонен ко лжи и манипуляции, необязателен, безответственен. В социальных отношениях проявляет холодность, эмоциональных привязанностей и близких друзей не имеет, легко устанавливает поверхностные и непрочные контакты. В 16 лет забросил учёбу, до настоящего времени не учится, работает эпизодически. Мотивация к полезной деятельности отсутствует. На последнем месте работы был замешан в незаконной деятельности, ответственность за её разрешение полностью переложил на мать. Не испытывает чувства вины.

Из беседы с испытуемым. Настроение «хорошее, приподнятое» «у меня нет проблем, это у других проблемы». Легко вступает в контакт, при этом позы закрытые. Удовлетворён своими личностными качествами, уровнем социальной адаптации. Критики к поведению нет. Легко находит рациональное объяснение любым неадекватным поступкам и реакциям. В беседе инфантилен, весел, беззаботен. В ближайших планах: быстро заработать много денег и «погулять по миру».

Характеристика выполнения заданий. Отношение к исследованию и экспериментатору наигранно надменное с показной смелостью. Недопонимая инструкции, приступает к выполнению задания. Заинтересованности к ходу и результатам исследования не проявляет. Задания выполняет с лёгкостью, ответы спонтанные, без задержки для обдумывания, эмоциональная реакция на ошибки и фрустрационную ситуацию отсутствует.

Экспериментально-психологическое исследование

Познавательная сфера.

Внимание. При выполнении корректурной пробы выявлены низкие показатели концентрации и устойчивости внимания при высоком темпе выполнения задания. Кривая продуктивности зигзагообразная с тенденцией к снижению (незначительные признаки повышенной психической истощаемости), отмечаются затруднения удержания волевого усилия в течение необходимого времени.

Память. Показатель объёма кратковременной механической памяти имеет крайнее нижнее значение нормы (5 при норме 5-9); динамика запоминания носит неустойчивый характер, «Кривая запоминания 10 слов»: 5, 4, 6, 5, 7. Логическая память развита лучше (7-8). Из особенностей мнестической деятельности следует отметить некоторое ослабление оперативной памяти (требующей повышенной концентрации внимания и волевого усилия), а также максимальную успешность зрительной ретенции (воспроизведение серии геометрических фигур).

Мышление характеризуется высокими показателями способности к обобщению, установлению логических связей и отношений (субтест «Сходство», патопсихологические пробы). Выявлены высокие показатели эрудиции, словарного запаса, способности к вербализации и способности к оперированию абстрактно-символическим материалом (цифрами). Хорошо развит конструктивный праксис (субтест методики Векслера «Кубики Коса»). Наряду с этим отмечается некоторое снижение показателей, отражающих *социальный интеллект*, а именно снижена способность к пониманию социальных отношений и социальных нормативов поведения (субтест «Понятливость»). Ответы испытуемого поверхностны, эгоцентричны, отражают низкий уровень социализации, недостаточную способность к анализу собственного поведения в межличностных отношениях. Общий показатель уровня интеллекта (по методике Векслера), соответствует возрастной норме (IQ = 110)

Таким образом, основной особенностью познавательной деятельности испытуемого является относительное снижение мотивационно-волевой и регулирующей функции интеллекта на фоне сохранных формально-логических способностей.

Эмоционально-личностная сфера. Эмоциональный фон положительный, эмоциональные реакции слабо выражены. «Профиль личности», построенный по данным MMPI, имеет выраженный дезадаптивный характер. Ведущие шкалы профиля, выходящие за пределы нормативных значений – шкалы «Фрустрация», «Шизоидность», «Гипомания», «Аффективная ригидность». Полученные данные свидетельствуют об отсутствии контроля над побуждениями, влечениями и поведением в целом, об «оторванности» от реальных проблем и склонности к фантазированию. В сочетании с гипоманиакальными тенденциями этот радикал обусловливает повышенную, но плохо организованную активность, внутреннюю неуравновешенность, импульсивность и эмоциональную тупость.

Показатели методики ПДО свидетельствуют о неустойчивом типе акцентуации, склонности к делинквентному поведению и высоком риске социальной дезадаптации.

Данные, полученные посредством проективных тестов (методика Розенцвейга, «Незаконченные предложения») свидетельствуют об ускоренном и поверхностном характере ассоциаций, отсутствии достаточного эмоционального отклика и глубины переживаний,

эмоциональной незрелости, отсутствии чувства вины и тревоги при нарушении социальных норм поведения, повышенной самооценке и самоудовлетворённости в сочетании со стихийным возникновением влечений и побуждений.

Заключение. Значимых нарушений в когнитивной сфере не выявлено. Ведущими являются нарушения в эмоционально-волевой сфере: повышенная эмоциональная возбудимость, неуравновешенность в сочетании с эмоциональной тупостью, ослабление регуляторно-волевых функций, нарушение самоконтроля, искажение ценностно-смысловой направленности личности.

Полученные данные свидетельствуют о диссоциальном расстройстве личности с проявлением признаков эмоциональной тупости, импульсивности, агрессивности, крайне ограниченной способности формировать привязанности, безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами.

Список литературы

1. Аверин, В.А. Психология личности: учебное пособие / В.А. Аверин. – 2-е изд. – СПб.: Михайлова В.А., 2001. – 189 с.
2. Акопова, М.А. Клиническая психология детей и подростков: учебно-методическое пособие / М.А. Акопова. – Буденновск, 2000. – 210 с.
3. Александров, А.А. Современная психотерапия: курс лекций / А.А. Александров. – СПб.: Академический проект, 1997 – 335 с.
4. Амасьянц, Р.А. Интеллектуальные нарушения: учебное пособие / Р.А. Амасьянц, Э.А. Амасьянц. – М.: Педагогическое общество России, 2004. – 422 с.
5. Ахвердова, О.А. Психология аномального развития: учебное пособие / О.А. Ахвердова. – Ставрополь: СГУ, 2006. – 353 с.
6. Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология / Л.М. Балабанова. – Донецк: Сталкер, 1998. – 432 с.
7. Бачериков, Н.Е. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко. – Киев: Здоров'я, 1989. – 512 с.
8. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: практикум по психотерапии / А. Бек, А. Фримен. – СПб.: Питер, 2002. – 542 с.
9. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра / И.М. Беккер. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. – 424 с.
10. Белопольская, Н.Л. Детская патопсихология: хрестоматия / Н.Л. Белопольская. – 4-е изд. – М.: Когито-Центр, 2010. – 350 с.
11. Белопольская, Н.Л. Патопсихология: Хрестоматия: Учеб. пособие по курсу «Патопсихология»/ Н.Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Когито-Центр, 2000. – 287 с.
12. Бернштейн, Н.А. О ловкости и её развитии / Н.А. Бернштейн. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 288 с.
13. Бернштейн, Н.А. Физиология движений и активность /Н.А. Бернштейн; под ред. О. Г. Газенко. – М.: Наука, 1990. – 497 с.



14. Бехтерев, В.М. Объективная психология / В.М. Бехтерев; под ред. А.В. Брушлинского (и др.). – М.: Наука, 1991. – 475 с.
15. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков.– М.: МПСИ, 2009. – 624 с.
16. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. – Киев: Здоров'я, 1986. – 280 с.
17. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология / В.М. Блейхер, В.Ж. Крук, С.Н. Боков. – Ростов на/Д, 1996, – 448 с.
18. Блейхер, В.М. Расстройства мышления / В.М. Блейхер. – Киев: Здоров'я, 1983. – 192 с.
19. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук; под ред. С.Н. Бокова. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 640 с.
20. Большая медицинская энциклопедия (БМЭ) / под ред. Б.В. Петровского. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – 6000 с.
21. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – М.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 672 с.
22. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Книга по Требованию, 2012. – 304 с.
23. Братусь, Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б.С. Братусь, П.И. Сидоров. – М.: МГУ, 1984. –144 с.
24. Бурлакова Н.С. Патопсихологический эксперимент: методологический анализ и возможности дальнейшего развития // Вопросы психологии. – 2014. – №3. – С. 3-13.
25. Бурно, М.Е. Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. – 719 с.
26. Бурно, М.Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга) /М.Е. Бурно. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: Альма Матер : Академический Проект, 2010. – 639 с.
27. Бурно, М.Е. Сила слабых / М.Е. Бурно. – М.: ПРИОР, 1999. – 368 с.
28. Бухановский, А.О. Общая психопатология: пособие для врачей / А.О. Бухановский и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: ЛРНЦ «Феникс», 2003.– 416 с.
29. Вайнштейн, Л.А., Общая психология: учебник / Л.А. Вайнштейн, В.А. Поликарпов, И.А. Фурманов. – Минск: Современная школа, 2009. – 512с.
30. Ведехина, С.А. Клиническая психология: конспект лекций / С.А. Ведехина. – Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 174 с.
31. Вейн, А.М., Болевые синдромы в неврологической практике / А. М. Вейн, А.Б. Данилов. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 368с.
32. Веккер, Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов/ Л.М. Веккер; Под общ. ред. А.В. Либина. – М.: Смысл: Per Se, 2000. – 679 с.
33. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии: учебное пособие для вузов / Т.Г. Визель. – М.: В. Секачев, 2016. – 276 с.
34. ВОЗ. Психическое здоровье. Информационный бюллетень. [Электронный ресурс], Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/ (Дата обращения: 16.04.2017 г.)
35. Выготский, Л.С. Мышление и речь: Психика, сознание, бессознательное : собрание трудов / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 2001. – 368 с.
36. Выготский, Л.С. Психология / Л.С. Выготский. – М.: Смысл: Эксмо, 2003. – 1134 с.



37. Выготский, Л.С. Психология развития ребёнка / Л.С. Выготский. – М.: Эксмо, 2005. – 507 с.
38. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии / Л.С. Выготский; под ред. А.Р. Лурии, М.Г. Ярошевского. – М.: Педагогика, 1982. – 488 с.
39. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
40. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 4. Детская психология / Л.С. Выготский; под ред. Д. Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 433с.
41. Выготский Л. С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 5 Основы дефектологии / Под. ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, – 1983. – 369 с.
42. Ганнушкин, П.Б. Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. – М.: Медицина, 1964. – 292 с.
43. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М: Медицинская книга, 2010. – 123 с.
44. Гейслер Е.В. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е.В. Гейслер, А.А. Дроздов. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Научная книга, 2012. — 158 c. — 2227-8397. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/6326.html
45. Гейслер, Е.В. Психиатрия: конспект лекций / Е.В. Гейслер, А.А. Дроздов. – М.: Эксмо, 2007. – 159 с.
46. Гиляровский, В.А. Психиатрия / В.А. Гиляровский. – 2-е изд. – М.: Гос. изд. биологической и медицинской литературы, 2003. – 752 с.
47. Гимбатгаджиева М.М. Криптогенная (вероятно симптоматическая) эпилепсия // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – № 9(1S), – С. 97-100.
48. Гогберашвили Т.Ю., Микадзе Ю.В. Нарушения высших психических функций у детей с парциальными формами эпилепсии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2008. – №3 – С.80-90.
49. Головаха, Е.И. Психологическое время личности / Е.И. Головаха, А.А. Кроник. – 2-е изд., испр. и дополн. – М.: Смысл, 2008. – 267 с.
50. Горьковая И.А. Основные направления исследований в патопсихологии // Основные направления исследований в патопсихологии. Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2010. – № 136 – С.21-26.
51. Данилова, Н.Н. Физиология высшей нервной деятельности / Н.Н. Данилова, А.Л. Крылова. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 478 с.
52. Детская психиатрия: учебник /Г.М. Кожина, В.Д. Мишиев, В.И. Коростий и др.; под. ред. Г.М. Кожиной, В.Д. Мишиева. – Киев: ВСИ «Медицина», 2012. – 416 с.
53. Детская психиатрия: учебник для вузов/ под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2005. – 1120 с.
54. Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания / Ю.Ю. Елисеев. – М: АСТ, 2003. – 311с.
55. Епифанцева, Т.Б. Настольная книга педагога-дефектолога / Т.Б. Епифанцева. – 4-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 564 с.
56. Жариков, Н.М. Психиатрия: учебник / Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Мед. информ. агентство (МИА), 2012. – 830 с.



57. Жариков, Н.М. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н.М. Жариков. –5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма, 2011. – 623 с.
58. Жмуров, В.А. Большая энциклопедия по психиатрии / В.А. Жмуров. – 2-е изд. – М.: Джангар, 2012. – 864 с.
59. Жмуров, В.А. Общая психопатология / В.А. Жмуров. – Иркутск: ИГУ, 1986. – 280 с.
60. Завершнева, Е.Ю. Записные книжки, заметки, научные дневники Л.С. Выготского: результаты исследования семейного архива (часть 2) // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 120-136.
61. Загорная, Е.В. Ценностно-смысловая направленность личности в структуре самоактуализационной диспозиции//Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 655.
62. Зверева, Н.В. Патопсихология детского и юношеского возраста: учебное пособие для вузов / Н.В. Зверева, О.Ю. Казьмина, Е.Г. Каримулина. – М.: Академия, 2008. – 208 с.
63. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – 5-е изд., стер. – М.: Академия, 2007. – 208 с.
64. Зейгарник, Б.В. Хрестоматия по патопсихологии / Б.В. Зейгарник. – М.: МГУ, 1981. – 158 с.
65. Исаев, Д.Н. Детская медицинская психология: учебник / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2004. – 381 с.
66. Исаев, Д.Н. Психопатология детского возраста: учебник для вузов / Д.Н. Исаев. – 3-е изд. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 469 с.
67. История психологии (10-е – 30-е гг. Период открытого кризиса): тексты/ под ред. П.Я. Гальперина, Л.П. Ждан. – М: МГУ, 1992. – 364 с.
68. Кандинский, В.Х. О псевдогаллюцинациях / В.Х. Кандинский. – СПб.: Фонд Содружество, 2001. – 224 с.
69. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология: учебник для вузов / Б.Д. Карвасарский. – 5-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2014. – 896 с.
70. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 573 с.
71. Каркашадзе Г.А., Улькина Н.А. Особенности эмоциональной сферы у детей с эпилепсиями // Сборник материалов XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – 2007. – 813 с.
72. Касаминская, Е.С., Маслова Н.Н., Пугач Л.И. Особенности внимания и памяти у детей с эпилепсией // Вестник Смоленской государственной медицинской академии – 2015, – Т. 14, № 3. – С. 47-52.
73. Кемпинский, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский, пер. с польск. – СПб. 1998. – 296 с.
74. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках: учебное пособие / Е.Г. Королева, Э.Е. Шустер, Э.П. Станько, Е.В. Бузук. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 128 с.
75. Клиническая психология: методические рекомендации / под ред. Н.А. Кондратовой. – В. Новгород: НГУ им. Ярослава Мудрого, 2005. – 50 с.
76. Ковалёв, В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.



77. Ковалёв, В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
78. Коган, В.М. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно-трудовой экспертизы: методическое письмо / В.М. Коган, Э.А. Коробкова. – М.: ЦИЭТИН, 1967. – 54 с.
79. Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики / Р. Комер. – 4-е изд.,– СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 638 с.
80. Кононова, М.П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста / М.П. Кононова. – М.: Медгиз, 1963. – 176 с.
81. Коркина, М.В. Психиатрия: учебник для вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс–информ, 2008. – 566 с.
82. Корсаков, С.С. Избранные произведения / С.С. Корсаков. – М.: Госиздат мед. литературы, 1954. – 772 с.
83. Корсаков, С.С. Общая психопатология/ С.С. Корсаков. – 3-е изд. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2016. – 465 с.
84. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин. – М.: Бином. Лаб. знаний, 2012. – 493 с.
85. Критская, В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М: МГУ, 1991. – 256 с.
86. Кудрявцев И.А. О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов // Невропатология и психиатрия, им. С.С. Корсакова. – 1982. – № 12. – С. 54-58.
87. Кудрявцев, И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза / И.А. Кудрявцев. – М.: Юрид. лит., 1988. – 224 с.
88. Куликов, Л.В. Психология сознания / Л.В. Куликов. – СПб.: Питер, 2001. – 480 с.
89. Куликов, Л.В. Психология личности в трудах отечественных психологов / Л.В. Куликов. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: ИПК «Ленинградское издательство», 2009. – 460 с.
90. Лакосина, Н.Д. Учебное пособие по медицинской психологии / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1976. – 320 с.
91. Лалаева, Р.И. Логопатопсихология: учебное пособие для вузов / Р.И. Лалаева, С.Н. Шаховская. – М.: Владос, 2011. – 462 с.
92. Лебединский В.В. Проблема развития в норме и патологии // Сборник докладов I Международной конференции памяти А.Р. Лурии / под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. – М.: «Российское психологическое общество», 1998, – С.193-200.
93. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие для вузов / В.В. Лебединский. – 6-е изд., стер. – М.: «Академия», 2011. – 142 с.
94. Левина Р.Е. Педагогические вопросы патологии речи у детей // Специальная школа, – 1967, – №. 2. – С. 121-130.
95. Левитов, Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. – М.: Просвещение, 1964. – 343 с.



96. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: учебное пособие для вузов / И.Ю. Левченко. – М.: Академия, 2000. – 232 с.
97. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; перев. с немец. В.М. Лещинской – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 447 с.
98. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. – 4-е изд. – М.: МГУ, 1981. – 584 с.
99. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.А. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, Е.Е. Соколова. – М.: Смысл, 2005. – 431 с.
100. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков /А.Е. Личко – СПб: Речь, 2010. – 256 с.
101. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей /А.Е. Личко. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
102. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков // Психология индивидуальных различий /Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – М.: МГУ, 1982. – С. 288-318.
103. Личко, А.Е., Иванов, Н.Я. Словарь современной американской психиатрической терминологии с её отличиями от принятой в России // Обозрение психиатрии и медпсихологии им. В.М. Бехтерева 1992 (1). – С. 63-84.
104. Логопедия: учебник для вузов / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3. изд., перераб. и доп. – М.: ВЛАДОС, 2002. – 678 с.
105. Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1984. – 444 с.
106. Лурия, А.Р. Лекции по общей психологии: учебное пособие для вузов / А.Р. Лурия. – СПб.: Техническая книга, 2009. – 319 с.
107. Лурия, А.Р. О двух видах персевераций при поражениях лобных долей мозга // Лобные доли и регуляция психических процессов. – М.: МГУ, 1966.
108. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие для вузов / А.Р. Лурия. – 7-е изд., стер. – М.: Академия, 2009. – 380 с.
109. Лурия, А Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия; под ред. Е.Д. Хомской. – 2-е изд. – М: МГУ, 1998. – 335 с.
110. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека: и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – М.: Книга по Требованию, 2012. – 432 с.
111. Лурия, А.Р. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе: учебное пособие / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – 2-е изд. – М.: МПСИ, 2008. – 64 с.
112. Лысенко И.С. Внутриличностные противоречия и межличностные трудности у больных с различными типами невротических расстройств // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием. (Санкт-Петербург, 3–4 фев. 2011 г.). – СПб, 2011. – С. 106-108.
113. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ. В. Снигура. – 2-е изд. – Москва.: Класс, 2015. – 584 с.
114. Маклаков, А.Г. Общая психология: учебник для вузов / А.Г. Маклаков. – СПб: Питер, 2016. – 583 с.

115. Максимова, Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии: учебное пособие / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 448 с.
116. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
117. Методическое пособие к курсу психиатрии / под ред. К.Ю. Ретюнского. – Екатеринбург: УГМА, 2012. – 159 с.
118. Морозов, Г.В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г.В. Морозов, Н.Г. Шумский. – Нижний Новгород: НГМА, 1998. – 426 с.
119. Московкина, А.Г. Клиника интеллектуальных нарушений: учебное пособие / А.Г. Московкина, Т.М. Уманская. – М.: Прометей, 2013. – 245 с.
120. Московкина, А.Г. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье: учебное пособие / А.Г. Московкина; под. ред. В.И. Селиверстова. – М.:МПГУ, 2014. – 252 с.
121. Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. – 3-е изд. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 511 с.
122. Мягков, И.Ф. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии: учебник для вузов / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков. – М.: Логос, 1999. – 231 с.
123. Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. – 4-е изд. – Воронеж: МОДЭК, 2011. – 399 с.
124. Мясищев, В.М. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л.: ЛГУ, 1960. – 428 с.
125. Мясищев, В.Н. Основы общей и медицинской психологии / В.Н. Мясищев и др. – Л.: Медицина, 1968. – 216 с.
126. Нартова-Бочавер, С.К. Дифференциальная психология: учебное пособие / С.К. Нартова-Бочавер. – 4-е изд. – М.: Флинта, 2012. – 280 с.
127. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2011. – 287 с.
128. Никифоров, А.С. Неврология. Полный толковый словарь / А.С. Никифоров. – М.: Эксмо, 2010 – 462 с.
129. Носачев, Г.Н. Основы патопсихологии: учебное пособие для вузов / Г.Н. Носачев, Д.В. Романов. – 3-е изд., испр. и доп. – Самара: Офорт, 2010. – 345 с.
130. Носачев, Г.Н. Семиотика психических заболеваний: учебное пособие / Г.Н. Носачев, В.С. Баранов. – Самара: СОМИАЦ, 2002. – 515 с.
131. Обухов, С.Г. Общая психопатология и психические расстройства детского и подросткового возраста: учебное пособие / С.Г. Обухов, Э.Е. Шустер. – Гродно: ГрГМУ, 2003. – 127 с.
132. Орлова, Е.А. Патопсихология: учебник / Е.А. Орлова, Р.В. Козьяков, Н.С. Козьякова. – М.: Юрайт, 2011. – 235 с.
133. Остапенко, Р.И. Математические основы психологии: учебно-методическое пособие / Р.И. Остапенко. – Воронеж.: ВГПУ, 2010. – 76 с.
134. Педагогический энциклопедический словарь / под ред. Б.М. Бим-Бад. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2008. – 528 с.
135. Перре, М. Клиническая психология и психотерапия / М. Перре, У.Бауманн. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2012. – 944 с.



136. Петровский, А.В. Общая психология / Под ред. А.В. Петровского. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1986. – 464 с.
137. Петрухин, А.С. Детская неврология: учебник. В 2 т. Т 2. / А.С. Петрухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 560 с.: ил.
138. Платонов, К.К. Краткий словарь системы психологических понятий: учебное пособие / К.К. Платонов. – М.: Высш. школа, 1984. – 174 с.
139. Платонов, К.К. Методологические проблемы медицинской психологии / К.К. Платонов. – М.: Медицина, 1977. – 95 с.
140. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология / Л. Пожар; под ред. А.И. Подольского. – М.: МПСИ, 1996. – 128 с.
141. Поляков, Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (К итогам дискуссии) // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1977. – № 12.
142. Поляков, Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю.Ф. Поляков. – М.: «Медицина», 1974. – 167 с.
143. Попов, Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. – СПб.: Речь, 2000. – 399 с.
144. Практикум по психиатрии: учебное пособие / под ред. М. В. Коркиной и др. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: РУДН, 2014. – 332 с.
145. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности [Электронный ресурс] / А.О. Прохоров. – Электрон. текстовые данные. – М. : Пер Сэ, 2004. – 176 c. – 5-9292-0124-2. – Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/7380.html
146. Психиатрический диагноз / Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И. – 2-е изд., перераб. и доп. – Киев: Высшая школа, 1989. – 311 с.
147. Психологический словарь / под ред. П.С. Гуревич. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 800 с.
148. Психология аномального развития ребенка: хрестоматия в 2 т. / под ред. В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. – М.: МГУ, 2002. – 744 с.
149. Психология эмоций. Тексты / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: МГУ, 1984. – 287 с.
150. Психология. Словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Речь, 2005. – 250 с.
151. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 994 с.
152. Реан, А.А. Психология детства: учебник / А.А. Реан. – СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2003. – 350 с.
153. Реан, А.А. Психология человека от рождения до смерти / Под общей ред. А.А. Реана. – Москва: АСТ: Прайм, 2015.– 656 с.
154. Резепов И.Ш. Общая психология [Электронный ресурс] : учебное пособие / И.Ш. Резепов. – Электрон. текстовые данные. – Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2012. – 109 c. – 978-5-904000-73-8. – Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/1140.html
155. Репина, Н.В. Основы клинической психологии / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 479 с.
156. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – 2-е изд. – СПб: Питер, 2009. – 712 с.

157. Рубинштейн, С.Я. Психология умственно отсталого школьника: учебное пособие / С.Я. Рубинштейн. – 3-е изд., пер. и доп. – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.
158. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: учебное пособие / С. Я. Рубинштейн. – М.: Апрель-Пресс, 2010. – 220 с.
159. Самохвалов, В.П. Психиатрия: учебное пособие для вузов / В.П. Самохвалов. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 575 с.
160. Середина, Н.В. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко. – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 506 с.
161. Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию: учебник для вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парников. – М.: Академический Проект, 2000. – 381с.
162. Соболева, Е.В. Психический дизонтогенез // Факторы формирования, структура, симптоматика. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://logoveta.ru/metodwork/articles/57-article2
163. Собчик, Л.И. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений: практическое руководство / Л.И. Собчик. – СПб.: Речь, 2003. – 96 с.
164. Соколова, Е.Т. Самооценка и самосознание при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М.: МГУ, 1989. – 215 с.
165. Соловьёва, С.Л. Медицинская психология: конспект лекций / С.Л. Соловьева. – М.: АСТ, 2004. –154 с.
166. Сорокин, В.М. Специальная психология: учебное пособие / В.М. Сорокин, В.Л. Кокоренко; под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.
167. Справочник по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина,1985. – 416 с.
168. Справочник практического психолога: Психотерапия / под. ред. С.Л. Соловьева. – М.: АСТ, 2007. – 575 с.
169. Спринц А.М. Психиатрия [Электронный ресурс] / А.М. Спринц, А.П. Коцюбинский. – Электрон. текстовые данные. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 383 с. – 978-5-299-00359-8. – Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/45715.html
170. Степанов, С.С. Популярная психологическая энциклопедия / С.С. Степанов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2005. – 670 с.
171. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М.: Медгиз, 1959. – 406 с.
172. Талбот, М. Голографическая Вселенная. Терапия при синдроме множественных личностей / М. Талбот. – М.: София, 2016. – 382 с.
173. Ташина Т.М. Классификации нарушений интеллекта (исторический аспект)// Международный научный журнал «Инновационная наука». – 2015. – №11.–С. 284-286.
174. Тиганов, А.С. Общая психиатрия / А.С. Тиганов. – М.: Медицина, 1999. – 405 с.
175. Узнадзе, Д.Н. Общая психология / Д.Н. Узнадзе; пер. с груз. Е.Ш. Чомахидзе; под ред. И.В. Имедадзе. – СПб.: Питер, 2004. – 412 с.
176. Улькина Н.А. Эмоционально-личностные особенности детей и подростков, больных эпилепсиями: Автореф. дис. … канд. псх. наук. – Москва, 2009. – 154 с.
177. Ушаков, Г.К. Детская психиатрия / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1973. – 392 с.

178. Фадина, Г.В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста: учебно-методическое пособие / Г.В. Фадина. – Балашов: Николаев, 2004. – 68 с.
179. Фаликман, М.В., Коул М. «Культурная революция» в когнитивной науке: от нейронной пластичности до генетических механизмов приобретения культурного опыта // Культурно-историческая психология. – 2014. –Т. 10. – № 3. – С. 4-18.
180. Федосеева, О.А. Особенности развития эмоциональной сферы умственно отсталого ребенка // Молодой ученый. – 2013. – №3. – С. 446-447.
181. Фенихель, О. Психоаналитическая теория неврозов / О. Фенихель; перевод А.Б. Хавина. – М.: Академический Проект, 2013. – 620 с.
182. Харитонов, Л.Б. Психофизиологические механизмы нарушений свойств и структуры сенсорного внимания при неврозах человека. Автореф. дис. … канд. мед. наук. Курск – 1996. – 18 с.
183. Холмогорова, А.Б. Клиническая психология. В 4 т. Т. 1. Общая патопсихология / А.Б. Холмогорова. – М.: Академия, 2010. – 457 с.
184. Холодная, М.А. Психология интеллекта: парадоксы исследования / М.А. Холодная. – 2-е изд., пер. и доп. – СПб.: Питер, 2002. – 264 с.
185. Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д.Хомская. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
186. Хрестоматия по вниманию / под ред. А.Н. Леонтьева; авт. предисл. А.А. Пузырей, В.Я. Романов. – М.: МГУ, 1976. – 295 с.
187. Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.В. Петухова. – М. МГУ, 1981. – 400 с.
188. Худик, В.А. Детская патопсихология / В.А. Худик. – Киев: Здоров'я, 1997. – 94 с.
189. Худик, В.А. Психологическая диагностика детского развития: методы исследования / В.А. Худик. – Киев: Освіта, 1992. – 219 с.
190. Цветкова, Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей / Л.С. Цветкова. – 2-е изд., исп. и доп. – М.: «Российское педагогическое агентство», «Когито–центр», 1998. – 128 с.
191. Шалимов, В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений / В.Ф. Шалимов. – М.: Академия, 2003. –157 с.
192. Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: учебное пособие / И.А. Шаповал. – М.: Сфера, 2005. – 311 с.
193. Шкуренко, Д.А. Общая и медицинская психология: учебное пособие Д.А. / Шкуренко. Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 352 с.
194. Шнайдер, К. Клиническая психопатология / К. Шнайдер. – 4-е изд., стереотип. – Киев: Сфера, 1999. – 236 с.
195. Шувалов, Ю.Н. Патопсихология: учебное пособие / Ю.Н. Шувалов. – Тула: ТГУ, 2013. – 188 с.
196. Энциклопедический словарь медицинских терминов / под ред. Б.В. Петровского. – М.: Советская энциклопедия, 1983. В 3-х Т. – 1-й том 500 с., 2-й том 500 с., 3-й том 591 с.
197. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс; пер. с нем. Л.О. Акопяна. – Москва: Практика, 1997. – 1053 с.
198. Allport G. W. Crises in normal personality development», Teachers College Record, 1964, 66: 235-41.

199. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Fifth. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – P. 271-280. – ISBN 978-0-89042-555-8. (DSM-V)
200. Matthews C.G., Klove H. Differential psychological performances in motor, psycho motor, and mixed seizure classification of known and unknown etiology // Epilepsia. 1967. Vol. 8. P. 117-128.

Загорная Елена Владимировна

Основы патопсихологии

Учебное пособие издано в авторской редакции

Главный редактор – Кирсанов К.А.

Вёрстка – Кирсанов К.К.

Ответственный за выпуск – Алимова Н.К.

Учебное издание

Системные требования:
Системные требования: IBM PC с процессором Pentioum 2; ОЗУ 128 Мб; операц. система Windows XP; программа Adobe PDF Reader; CD-ROM дисковод, мышь.

Режим доступа: http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf, свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус., англ.

ООО «Издательство «Мир науки»

«Publishing company «World of science», LLC

Адрес:

Юридический адрес — 127055, г. Москва, пер. Порядковый, д. 21, офис 401.

Почтовый адрес — 127055, г. Москва, пер. Порядковый, д. 21, офис 401.

http://izd-mn.com

ДАННОЕ ИЗДАНИЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ